



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Monika Kankaanpää ja Miia Kivimäki

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN OMAISTEN KOKEMUKSIA VERTAIS- TUESTA JA HÄPEÄSTÄ

Sosiaali- ja terveysala

2013

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Monika Kankaanpää & Miia Kivimäki
Opinnäytetyön nimi	Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia vertaistuesta ja häpeästä
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	73 + 5 liitettä
Ohjaaja	Ahti Nyman

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia ajatuksia arki-ihmisillä on mielenterveyskuntoutujista sekä mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia häpeästä ja vertaistuesta. Arki-ihmisillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kanssaihmisiä ympäröivästä yhteiskunnastamme, eli ketä tahansa. Tarkoituksena oli myös tuottaa tietoa Omaiset mielenterveystyön tukena ry:lle, mielenterveyskuntoutujien omaisille ja kaikille aiheesta kiinnostuneille. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä mielenterveyskuntoutujien omaisten tietoa arki-ihmisten suhtautumisesta mielenterveyskuntoutujiin.

Tutkimus mielenterveyskuntoutujien omaisille oli luonteeltaan kvalitatiivinen ja se suoritettiin haastattelemalla. Arki-ihmisille kohdistettu tutkimus oli kvantitatiivinen, ja se suoritettiin kyselylomakkeella. Mielenterveyskuntoutujien omaisille suunnattu haastattelu oli puolistrukturoitu. Arki-ihmisille suunnattu tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, jossa oli sekä avoimia että puolistrukturoituja kysymyksiä. Strukturoidun osion vastaukset käsiteltiin kvantitatiivisin menetelmin ja avoimien kysymysten vastaukset aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat sukupolvet, mielenterveyskuntoutuja, omainen ja häpeä.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että suurin osa arki-ihmisistä suhtautui mielenterveyskuntoutujiin suvaitsevasti ja myönteisesti. Valtaosan suhtautuminen oli myönteinen. Tutkimuksen avulla selvisi myös, että mielenterveyskuntoutujien omaiset olivat kokeneet häpeää ja kokivat vertaistuen merkityksen suureksi.

ABSTRACT

Author s	Monika Kankaanpää & Miia Kivimäki
Title	The Experiences among the Close Relatives of Mental Health Rehabilitees of Peer Support and Shame
Year	2013
Language	Finnish
Pages	73 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Ahti Nyman

The purpose of this study was to find out what average people think about mental health rehabilitees and also what kind of experiences the relatives of the rehabilitees have of shame and peer support. The concept of average people in this study refers to the people around us i.e. anyone. A further purpose was to produce information to the Family association promoting mental health, to the relatives of mental health rehabilitees and to everyone that is interested in the subject. The purpose of the survey was to increase relatives' awareness of how average people respond to mental health rehabilitees.

The study with the relatives was quantitative and it was carried out with semi-structured interviews. The study with average people was qualitative and it was carried out with a questionnaire with open-ended and semi-structured questions. The responses to the structured part were dealt with quantitative methods whereas the responses to the open-ended questions were dealt with content analysis method. The key concepts of the study include generations, a mental health rehabilitee, a close relative and shame.

The results of the study show that most of the average people had a tolerant and positive attitude towards the mental health rehabilitees. The results also show that the relatives had felt feelings of shame and felt that the meaning of peer support was significant.

Keywords	Generation, mental health, families, shame, Peer support
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	11
2	SUKUPOLVI.....	14
3	MIELENTERVEYS.....	17
3.1	Mielenterveyskuntoutuja.....	17
3.2	Omainen.....	18
3.3	Omaishoitaja	19
4	HÄPEÄ	22
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
5.1	Aineiston analyysi ja tutkimusmenetelmät	26
5.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	27
6	TUTKIMUSTULOKSET	29
6.1	Omaisten mielenterveystyön tukena ry:n omaisten yksilöhaastattelut ...	29
6.1.1	Ensimmäinen haastattelukerta	29
6.1.2	Toinen haastattelukerta.....	30
6.1.3	Kolmas haastattelukerta.....	31
6.1.4	Omaisets mielenterveystyön tukena ry:n omaisille suunnattu tutkimustulokset	32
6.2	Arki-ihmisille suunnatun tutkimuksen tulokset.....	34
6.2.1	Tutkimuksen tavoitteet	34
6.2.1.1	Mielenterveyskuntoutuja 1950-luvulla syntyneiden mukaa	36
6.2.1.2	Mielenterveyskuntoutuja 1960-luvulla syntyneiden mukaa	38
6.2.1.3	Mielenterveyskuntoutuja 1970-luvulla syntyneiden mukaa	39
6.2.1.4	Mielenterveyskuntoutuja 1980-luvulla syntyneiden mukaa	40
6.2.1.5	Mielenterveyskuntoutuja 1990-luvulla syntyneiden mukaa	41
6.2.2	Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus arki-ihmisten mukaan	42

6.2.2.1	Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan	42
6.2.2.2	Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan	43
6.2.2.3	Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan	44
6.2.2.4	Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan	45
6.2.2.5	Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan	46
6.2.3	Arki-ihmisten mielipiteet mielenterveyskuntoutujista	47
6.2.3.1	1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista	47
6.2.3.2	1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista	48
6.2.3.3	1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista	49
6.2.3.4	1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista	50
6.2.3.5	1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista	52
6.2.4	Arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa ..	53
6.2.4.1	1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa.....	53
6.2.4.2	1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa.....	54
6.2.4.3	1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa.....	55

6.2.4.4	1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa.....	56
6.2.4.5	1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa.....	57
6.2.5	Arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina	58
6.2.5.1	1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina	58
6.2.5.2	1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina	59
6.2.5.3	1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina	60
6.2.5.4	1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina	61
6.2.5.5	1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina	62
6.3	Vertaistukiryhmän palaute arki-ihmisten tutkimustuloksista	64
7	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	66
8	POHDINTA	69
	LÄHTEET.....	72
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	J. P Roosin sukupolvijaottelu .	s. 14
Kuvio 2.	William J. Schroerin sukupolvijaottelu.	s. 16
Kuvio 3.	Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia häpeästä.	s. 33
Kuvio 4.	Vastaajat sukupuolen ja sukupolven mukaan	s. 37
Kuvio 5.	1950-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.	s. 38
Kuvio 6.	1960-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.	s. 39
Kuvio 7.	1970-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.	s. 40
Kuvio 8.	1980-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.	s. 41
Kuvio 9.	1990-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.	s. 42
Kuvio 10.	1950-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.	s. 44
Kuvio 11.	1960-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.	s. 45
Kuvio 12.	1970-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.	s. 46
Kuvio 13.	1980-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.	s. 47

- Kuvio 14.** 1990-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta. s. 48
- Kuvio 15.** 1950-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta. s. 49
- Kuvio 16.** 1960-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta. s. 50
- Kuvio 17.** 1970-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta. s. 51
- Kuvio 18.** 1980-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta. s. 52
- Kuvio 19.** 1990-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta. s. 53
- Kuvio 20.** 1950-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujasta mediassa. s. 55
- Kuvio 21.** 1960-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujasta mediassa. s. 56
- Kuvio 22.** 1970-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujasta mediassa. s. 57
- Kuvio 23.** 1980-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujasta mediassa. s. 58
- Kuvio 24.** 1990-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujasta mediassa. s. 59
- Kuvio 25.** 1950-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina. s. 60
- Kuvio 26.** 1960-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina. s. 61
- Kuvio 27.** 1970-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina. s. 62
- Kuvio 28.** 1980-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina. s. 63

Kuvio 29. 1990-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina.

s. 64

LIITELUETTELO

LIITE 1. Haastattelukysymykset arki-ihmisille.

LIITE 2. Haastattelukysymykset omaisille.

LIITE 3. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten arki-ihmiset kokevat mielenterveyskuntoutujat sekä selvittää vertaistuen merkitystä mielenterveyskuntoutujien omaisille. Tämä tutkimus on toteutettu keräämällä aineistoa kahdelta kohderyhmältä. Lisäksi käytiin keskustelu tutkimuksen tuloksista vertaistukiryhmässä, josta saatiin palautetta ja jota tässä tutkimuksessa käsittelemme kolmantena aineistona.

Valitsimme tutkimusaiheen Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasan seutuyhtymästä ja aiheena oli häpeä. Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksista on puhuttu suhteellisen vähän. Tutkimuksellamme halusimme selvittää kokevatko mielenterveyskuntoutujien omaiset häpeää. Häpeä on aihe, jota usein ei haluta tuoda esiin, vaikka se koskettaa lähes jokaista ihmistä jossain vaiheessa elämää.

Aihe on mielenkiintoinen, koska mielenterveyskuntoutujien määrä kasvaa vuosittain. Arvion mukaan Suomessa on 300 000 mielenterveyspotilaan omaista. Omaisten elämään läheisen sairaus vaikuttaa merkittävästi. (Palomäki 2005, 8.) Mielenterveysongelmat koskettavat yhä useampaa ihmistä eri ikäryhmissä. Suomalaisista aikuisista noin 20–25 % kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisella on merkittäviä kansantaloudellisia vaikutuksia. Viime vuoden aikana 1569 alle 30-vuotiasta jäi eläkkeelle mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön vuoksi. Tämä tarkoittaa neljää nuorta eläkkeelle jäävää joka päivä (Sosiaaliportti 2012.)

Tutkimuksella haluttiin selvittää ihmisten yleisiä mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista. Tässä tutkimuksessa käytetään arki-ihmistä kuvaamaan yleisiä mielipiteitä, jolloin arki-ihminen voi olla kuka vain, riippumatta iästä, sukupuolesta tai kulttuuritaustasta.

Tutkimus toteutettiin jakamalla vastaajat sukupolviin, koska haluttiin selvittää onko sukupolvien välillä mielipide-eroja. Tutkimuksessa jaottelimme myös naiset ja miehet, koska halusimme selvittää onko sukupuolten välillä mielipide-eroja. Tieto yleisesti koetuista mielipiteistä laajentaa tietoisuutta, helpottaa suhtautumista ja

lisää avoimuutta mielenterveyskuntoutujia kohtaan, joista on olemassa verrattain vähän tutkimustietoa.

Arki-ihmisille suunnattu tutkimus toteutettiin haastattelemalla kyselykaavakkeen avulla, lokakuussa 2012. Haastatteluihin vastasi yhteensä 57 henkilöä, joka kertoi aiheen tärkeydestä ja mielenkiinnosta. Tutkimuksessa keskityttiin arki-ihmisten kokemiin mielipiteisiin mielenterveyskuntoutujista.

Mielenterveyskuntoutujien omaisille suunnatun tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujien omaisilla on häpeästä sekä vertaistukitoiminnasta. Omaisista osallistui tutkimukseen yhteensä 13 henkilöä lokakuu- ja marraskuussa 2012 ja haastattelukertoja oli kolme.

Haastatteluilla oli suuri merkitys tutkimuksen toteuttamiselle ja niistä saatiin ensiarvoisen tärkeää tietoa omaisten kokemuksista. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska yhä useammin mielenterveyskuntoutujia hoidetaan avopalveluiden turvin. Omainen on usein tärkeä voimavara mielenterveyskuntoutujan elämässä. Tästä syystä on tärkeä kiinnittää huomiota omaisen jaksamiseen. Omaisen jaksamista tukee vertaistukitoiminta.

Häpeä on aiheena suhteellisen vähän tutkittu. Aromaan (2012) mukaan häpeä koskettaa jokaista ihmistä jostain näkökulmasta katsoen. Häpeä leimaa yksilön poikkeavaksi, mikä aiheuttaa pelkoa tulla leimatuksi. Tietoisuus yleisesti koetuista mielipiteistä helpottaa suhtautumista omaan tilanteeseen. Ihmisistä joka neljäs kokee jotain mielenterveysongelmia elämänsä aikana (Aromaa 2012.)

Tutkimus tehtiin yhteistyössä Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasan seutury:n kanssa, jonka tehtävä on olla tukena mielenterveyspotilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa. Omaiset mielenterveystyön tukena ry jakaa informaatiota sekä tietoa omaistyyöstä mahdollisimman laajasti siten, että kaikilla mielenterveyspotilaiden omaisilla on tasavertainen mahdollisuus saada apua ja tukea omaan jaksamiseensa (Omaiset mielenterveystyön tukena 2011). Toivomme, että tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää järjestön toiminnassa sekä sosiaali- ja ter-

veysalan koulutuksessa. Tutkimuksesta on hyötyä mielenterveyskuntoutujien omaisille, yhdistykselle ja kaikille aiheista kiinnostuneille.

Tutkimuksen alussa kerrotaan yleisesti mielenterveydestä, mielenterveyskuntoutujasta, omaisista, vertaistuesta sekä häpeästä. Tutkimuksessa käydään läpi arki-ihmisten ajatuksia sekä omaisten kokemia häpeän tunteita omaisen roolissa. Mielenterveyskuntoutujien omaisille suunnatussa tutkimuksessa keskityttiin häpeän kokemuksiin sekä vertaistuen merkitykseen.

2 SUKUPOLVI

Sosiaalitieteellisissä tutkimuksissa esiintyy harvemmin sukupolvi käsite. Sukupolvella tarkoitetaan ihmisiä, joita yhdistävät määrättyjen elämänvaiheiden kokemukset. Ihmisen elämänkertojen kautta nousee kaksi keskeistä ja muuttuvaa asiaa, jotka ovat elämänvaihe ja sukupolvi. Sukupolvi on muuttuja, määräytyen elämäkokemuksen mukaan koettuina tekijöinä. Sukupolvien taustojen tarkastelu tulee iän mukaan mahdolliseksi (Roos 1987, 48–52.)

J.P Roosin (1987, 53) mukaan tällä hetkellä elävistä suomalaisista voidaan erottaa neljä sukupolvea joita ovat: sotien ja pulan sukupolvi, sodanjälkeisen jälleenrakennuksen ja nousun sukupolvi, suuren murroksen sukupolvi sekä lähiöiden sukupolvi. Ensimmäinen sukupolvi on mainittu pisimmäksi ajanjaksoksi sukupolvi-jaottelussa. Tähän ajanjaksoon kuuluu kahtena ensimmäisenä vuosikymmenenä syntyneet. J. P Roos on jaotellut sukupolvet kuvion 1 mukaisesti.



Kuvio 1. J. P Roosin sukupolvijaottelu.

Sotien ja pulan sukupolvi. Tämä ajanjakso sukupolvista on kaikista pisin, ja sillä on yhteistä myös seuraavan sukupolven kanssa. Tähän sukupolveen kuuluvat 1900-luvun kahtena ensimmäisenä vuosikymmenenä syntyneet sekä maamme köyhimmillä alueilla 1920 ja 1930-luvuilla syntyneet eli itäisillä ja pohjoisilla korppiseuduilla. Tämän sukupolven keskeisiä tapahtumia elämässä ovat kansalais-, talvi- sekä jatkosodan muistaminen ja elämän toteutuminen aktiivivaiheena soti- en välisenä aikana. Useilla tähän liittyi myös sodan jälkeen uuden elämän aloittaminen. (Roos 1987, 53–54.)

Tätä sukupolvea yhdistivät olosuhteet ja yhteiset kokemukset kuten perheiden ha- joaminen vanhempien kuoltua, köyhyys, epävarmuus, sairaudet, koulutuksen

puutteellisuus, työnteon aloittaminen varhaisessa iässä ja jatkuva ponnistelu sekä sota-ajan puutteet. Sotien jälkeen elämä muuttui epävarmasta turvalliseksi. (Roos 1987, 53–54.)

Sodanjälkeisen jälleenrakennuksen ja nousun sukupolvi. Tämä sukupolvi käsittää ne, jotka ovat syntyneet 1920-luvun puolivälissä ja 1930-luvun lopun välisenä aikana. Tämä sukupolvi muistaa maailmansodan ja se oli aktiivi-iässä sodan vielä kestäessä tai heti sen jälkeen. Nuoruuteen kuuluivat hätä ja puute, joka näkyi kulutustavaran puutteena ja yleisinä vaikeuksina. Sodan jälkeen alkoi vaurastuminen ja uusi rakentamisen aika (Roos 1987, 54.)

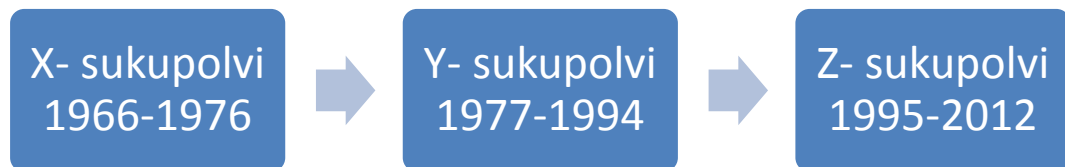
Suuren murroksen sukupolvi. Tämä sukupolvi on Roosin määritelmän mukaan kolmas sukupolvi. Ihmiset ovat 1940-luvulla syntyneitä, sodan aikana tai heti sen jälkeen. Heidän aktiivinen elämänvaiheensa sijoittuu 1960-luvun lopulle. Tässä sukupolvessa lapsien kokemukset poikkeavat edellisistä sukupolvista. Maaseutuelämä kehittyi, työtä tehtiin paljon ja aineellinen hyvinvointi näkyi materian lisääntymisenä. Sairaudet ja turvattomuus vähenivät, lapsuus oli kehityksen ja optimismin aikaa. Yhteistä tälle sukupolvelle on maaltamuutto, koulunkäynnin pidentyminen, korostunut ammattikoulutus, asuntosäästäminen, lasten päivähoito-ongelmat sekä työttömyys. Toisen ja kolmannen sukupolven välillä vallitsi jyrkkä ero, jyrkempi kuin mitä ensimmäisen ja toisen sukupolven välillä oli (Roos 1987, 55–56.)

Lähiöiden sukupolvi. Tähän sukupolveen määritellään ihmiset, jotka ovat syntyneet 1950-luvulla. He eivät poikkea kolmannesta sukupolvesta paljoa. Eroavaisuudet ovat lähinnä ihmisten suhtautumisena koulutukseen, lapsuusajan kasvuympäristöön sekä nykyiseen asuinympäristöön (Roos 1987, 56.)

Sukupolvinimikkeet ovat määrällisesti 2000-luvulle tullessa lisääntyneet. Aina ei tiedetä mihin sukupolveen kuulutaan. Suurten ikäluokkien ikäryhmään, vuosina 1945- ja 1950-luvulla syntyneet, samaistutaan parhaiten. Tähän sukupolveen samaistuu lähes kaksi kolmannesta 1940-luvulla syntyneistä. (Yle Uutiset 2012.)

William J. Schroer jakaa seuraavat sukupolvet X-, Y- ja Z-sukupolviin.

Kuviossa 2 kuvataan sukupolvijaottelu William J. Schroerin mukaan.



Kuvio 2. William J. Schroerin sukupolvijaottelu.

X-sukupolvi. William J. Schroerin mukaan X-sukupolvi on syntynyt 1966–1976-luvuilla, ja hän viittaa ”kadonneeseen” sukupolveen. He ovat olleet paljon päivähoidossa sekä altistuneet avioeroille. Heitä voidaan kutsua myös ”avaimet kaulassa”-sukupolveksi. Tälle sukupolvelle tyypillistä on skeptisyys. Lapsuudessa koettujen vanhempien avioerot ovat ratkaisevia kokemuksia, jotka muokkaavat heidän omaa perhe-elämää. He ovat hyvin kouluttautuneita henkilöitä (Schroer 2013.)

Y-sukupolvi. William J. Schroerin mukaan Y-sukupolvi on syntynyt 1977-1994-luvuilla ja hän viittaa nuorisoon, joka hallitsee tietotekniikan erittäin hyvin ja on pula-ajan jälkeen kuluttajasukupolvi (Schroer 2013).

Z-sukupolvi. William J. Schroerin mukaan Z-sukupolvi on syntynyt 1995-2012-luvuilla ja hän viittaa nykypäivän teini-iässä oleviin, joista ei vielä ole tarpeeksi tietoa. He varttuvat monipuolisemmassa ympäristössä ja tietoteknologia on korkea.

3 MIELENTERVEYS

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan mielenterveys on osa terveyttä ja hyvinvointia. Mielenterveys on psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen tila, joka ei merkitse ainoastaan sairauden puuttumista. Määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen tunnistaa ja tiedostaa omat kykynsä, selviytyy stressistä, kykenee työskentelemään sekä antamaan panoksensa yhteisössään. (WHO 2013.)

Mielenterveyden käsite on suhteellinen, raja terveen ja häiriintyneen välillä on häilyvä sekä kulttuurisidonnainen. Sigmund Freudin mukaan mielenterveys on kykyä rakastaa, tehdä työtä sekä toteuttaa itseään. Freudin mukaan työn ja toiminnan avulla ihminen purkaa energiaansa ja kokee olevansa tarpeellinen. Ihminen tarvitsee ihmissuhteita voidakseen kokea omia tunteita, ollakseen hyväksytty, ryhmään kuuluva sekä pidetty. Ihmisen täytyy saada tuntea, että voi jakaa ja olla osa yhteiskuntaa. Siten ihminen kokee mahdollisuuden toteuttaa itseään sekä ylläpitää omaa mielenterveyttään (Lahti 1995, 25.)

Mielenterveyttä voidaan määritellä myös oireiden puuttumiseksi. Ihmisen ollessa mieleltään terve hän ei koe kohtuutonta syyllisyyttä eikä ahdistuneisuutta. Mieleltään terveellä ihmisellä on riittävä todellisuudentaju ja tasapainoiset tunnesuhteet. Mielenterveyshäiriöitä ja – ongelmia sairastavalla on usein vaikea solmia ihmissuhteita, joka voi johtaa turvattomuuteen, ahdistuneisuuteen sekä yksinäisyyteen. Kokonaisvaltainen mielenterveysongelmien arviointi on vaikeaa, koska on haasteellista vetää rajaa, mikä on elämänkriisiongelmia tai varsinainen mielenterveysongelma (Lahti 1995, 25–27.)

3.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveysongelmille sekä mielenterveydelle ei ole olemassa tai ei ole löydetty selkeää tai kaikenkattavaa määritelmää (Koskisuu 2004, 11). Kuntoutuminen ei aina tarkoita samaa kuin paraneminen tai oireiden poistaminen, koska kuntoutusta tapahtuu oireista huolimatta. Kuntoutumisen myötä oireet usein lieventyvät ja nii-

tä hallitsee paremmin mutta joskus ne kuitenkin voivat kestää hyvin kauan. Oleellista on, että kuntoutuminen voi käynnistyä ja edetä vaikka on oireita. Silti on hyvä miettiä paranemista hyvinvointinsa eteen. Suhde sairastumiseen ja sairauteen ovat yksilöllistä ja silloin paraneminenkin merkitsee erilaisia asioita eri ihmisille. Hoidon tulisi vastata yksilön ainutlaatuisiin tarpeisiin. Mahdollisuus kuntoutumiseen on kaikilla, mikäli kuntoutujalla on riittävästi kuntoutusta edistävää tietoa, tukea ja mahdollisuuksia kuntoutumiseen (Koskisu 2004, 14–16.)

Amerikkalaisen psykologin William Anthonyn mukaan mielenterveysongelmista kuntoutuminen on syvästi henkilökohtainen sekä ainutlaatuinen muutosprosessi. Kuntoutumisen aikana tapahtuvassa muutosprosessissa ihmisen omat asenteet, arvot, elämän päämäärät, taidot ja tunteet sekä roolit muuttuvat. Kuntoutuessaan psyykkisestä sairaudesta, toipuminen on samankaltainen prosessi kuin kuntoutuminen mistä muusta tahansa elämän katastrofista (Koskisu 2004, 21.)

Kuntoutuakseen on tarpeellista miettiä millaisia muutoksia tarvitaan. Positiivisetkin muutokset voivat olla pelottavia, jos ihminen on tottunut elämään jollain muulla tavalla. Muutokseen uskomisen mahdollisuus on yksi vaikeampia asioita kuntoutumisen prosessissa. Lisäksi voi olla vaikeaa muuttaa omia toimintojaan. Jos kuntoutus on epäonnistunut aikaisemmin, pelko epäonnistumisesta voi lisääntyä (Valkonen 2011, 54.)

Kuntoutumista edistää tieto sairaudesta, eri hoitomenetelmistä, kuntoutusmahdollisuuksista, ennusteesta sekä vaihtoehtoista, jotka tukevat kuntoutumisen edistymistä. Kuntoutuspalvelut sekä hoito on järjestettävä resurssien ja kuntoutujien tarpeiden mukaan (Koskisu 2004, 129–132.)

3.2 Omainen

Lähtökohtana tulisi olla, että sairastunut itse voisi halutessaan määritellä, kuka on hänen omaisena tai läheisensä. Läheisillä ihmisillä tarkoitetaan usein omaista, sukulaista, perhettä tai ystäviä (Arhovaara & Rinne, 1989, 18–19.) Matti Mikkola toteaa (1986) asiantuntijalausunnossaan, että Suomen lainsäädännössä omaiskäsit-

teellä ei ole olennaista merkitystä. Varpu-Leena Aallon mukaan nykyisen sosiaalialan lainsäädännön mukaan omaiskäsitteellä tarkoitetaan läheistä henkilöä, joka voi olla muukin kuin biologinen sukulainen tai aviopuoliso. Aallon mukaan on vaikeaa laajentaa käsitystä omaisesta tarkoittamaan muita kuin perheen jäseniä sekä läheisiä sukulaisia (Arhovaara ym. 1989, 28–30.)

Tuija Palomäen (2012) tutkimuksen mukaan omaisen tuen tarpeita on tieto, apu ja neuvonta käytännössä, opastus vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidoissa sekä opastus kriisitilanteissa. Lisäksi tukea tarvitaan stressin hallinnassa sekä tutustumisessa toisiin omaisiin. Tutkimuksen mukaan omaisen jaksamisen tukeminen tapahtuu elämänlaadun parantamisella. Elämänlaatua voi parantaa erilaisin keinoin mm. löytämällä erilaisiin tilanteisiin hallintakeinoja, oppia käsittelemään stressiä, muokata asioille annettuja merkityksiä, lisätä virkistystoimintaa. Tutkimuksessa ilmeni, että omaiset kokevat tulleen usein syyllistetyiksi ja kokeneensa empatian puutetta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan hoitohenkilökunnan kiire ja vähyys aiheuttavat ongelmia yhteistyöhön. Tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaiden omaisille tärkeä voimavara ja tukemisen keino on vertaistuki. Vertaistuesssa jaetaan kokemuksia ja käsitellään tunteita sekä opetellaan ongelmanratkaisutaitoja ja luodaan sosiaalisia verkostoja (Palomäki 2005, 9-10.)

3.3 Omaishoitaja

Omaishoitaja huolehtii perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka on sairas-tunut, vammautunut tai erityistä hoivaa tarvitseva, eikä selviydy omatoimisesti arjestaan. Omaishoitaja voi olla puoliso, vanhempi, sisar tai veli, lapsi, ystävä tai joku muu henkilö. Omaishoitajasuhteessa toimii noin 60 000 omaishoitajaa. Avuntarve voi olla fyysistä, psyykkistä, ohjausta ja valvontaa (Minäkö omaishoitaja 2010, 7.)

Suomessa omaisilla oli hoitovelvoite vuoteen 1970 saakka. Suomessa annettiin vuonna 1879 vaivaishuoltoasetus, 1922 köyhäinhoitolaki ja 1956 huoltoapulaki, joiden mukaan huollosta olivat päävastuussa perhe ja omaiset. Lainsäädännön mukaan 1970-luvulla Suomessa kunnista tuli kuntalaisten laillinen huolehtija, mi-

kä on nykyisin määritelty perustuslaissa. Lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan sekä isovanhemmistaan on poistettu laista vuonna 1970. Aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus poistettiin laista vuonna 1977. Euroopan maista Suomi oli lähes ensimmäinen, joka tuki omaisten hoitamista taloudellisesti. Vuonna 1984 sosiaalihuoltolakiin on kirjattu vanhusten, vammaisten sekä pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki. Vuonna 1993 tuli asetus omaishoidon tuesta (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järnstedt & Korhonen 2006, 25.)

Omaishoidossa on kyse vahvasta moraalisesta velvollisuuden tunteesta ja kovasta työstä, kun kyse on omaisesta. Yhteiskunnalla on velvollisuus huolehtia ja turvata avuntarvitsijoille hoito, mutta usein julkinen sektori tekee yhteistyötä omaisten ja julkisen sektorin kanssa (Sand 2002, 10- 14.)

Kunta voi järjestää vanhukselle, vammaiselle tai sairaalle henkilölle hoitosopimuksen yhdessä omaisen tai läheisen henkilön kanssa. Laissa säädetään omaishoidon tuesta sekä ehdoista. Omaishoidon toteuttamisesta vastaa kunta ohjeistuksen mukaan ja tekee omaishoidon tuesta ja siihen liittyvistä palveluista päätöksen. Laki Omaishoidon tuesta (2.12.2005/937) 3§ säädetään seuraavasti:

”1) henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotioloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa;

2) hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla;

3) hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia;

4) omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää;

5) hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva; ja

6) tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista.”
(Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937, 3§.)

Erilaisissa elämänvaiheissa, läheisen sairastuessa tai vammauduttua voidaan tarvita omaishoitoa ja samoin silloin, jos perheeseen syntyy vammaisen lapsi. Omaishoitoa edeltää suhde, joka on syntynyt ennen omaishoitajuutta. Omaishoidossa on kyse auttamismuodosta, jossa auttaminen ja tukeminen yhdistetään perheen elämään. Omaishoitajuudessa tukea tarvitsee sekä hoidettava että hoitaja. Minäkö omaishoitaja (2010) oppaassa todetaan, että suomalaisista joka kuudes auttaa eri tavoin omaistaan tai läheistään. Suurin osa auttajista tukee ja hoitaa omaista ilman yhteiskunnan apua. Omaishoitajan on helpompi saada tietoa, ohjausta sekä tukea kotiin kun hän tiedostaa olevansa omaishoitaja (Minäkö omaishoitaja 2010, 7.)

4 HÄPEÄ

Häpeä on inhimillinen tunne, joka liittyy ihmisenä olemiseen samoin kuin muutkin tunteet ja sitä pidetään usein vältettävänä sekä kiellettynä aiheena. Häpeä on kiusallinen ja tuskallinen tunne ja sen kohtaaminen on kipeä asia ja siitä on usein vaikea puhua. Häpeän luonnetta, syntyä sekä vaikutuksia ei vieläkään tunneta riittävästi. Kun häpeä nousee esille ihmisten keskusteluissa, terapiassa tai sielunhoidossa, se kätkeytyy helposti sivulauseisiin sekä epäsuoriin mainintoihin. Häpeälle annetaan harvoin terapiatilanteissa tilaa, siinä määrin kuin olisi tarvetta. Harvoin häpeästä käytetään sen oikeaa nimeä sen noustessa esille (Malinen 2010 b.)

Suomessa häpeää ei ole Ben Malisen lisäksi juurikaan tutkittu. Malisen mukaan häpeä koskettaa syvästi myös suomalaisia. Hän toteaa, että häpeä on melkein eräs kansantautimme ja hänen mukaansa häpeä koskettaa jokaista enemmän tai vähemmän (Malinen 2009, 9.) Viime vuosikymmenenä on kiinnostus häpeän psykologiaa kohtaan lisääntynyt. Aikaisemmin sitä on pidetty yhtenä syyllisyydentunteen osatekijänä. Viime vuosina on alettu nähdä toisin häpeän merkitystä (Ikonen & Rechardt 2013.)

Häpeä on usein seuraus toistuvista sekä voimakkaista häpeäkokemuksista. Häpeän voimakkuus riippuu siitä, milloin häpeäkokemukset ovat syntyneet. Häpeä ei synny ainoastaan lapsuudessa. Nuoruuden ja aikuisuuden kokemuksilla on myös merkitystä häpeän syntyyn. Aikuisille nöyryytyksen ja epäonnistumisen kokemukset eivät aiheuta samanlaisia tunnevaurioita kuin lapsille ja nuorille. Aikuinen kykenee ymmärtämään elämäkokemuksensa ja paremman itsetuntemuksensa avulla, että monet epäonnistumiset johtuvat olosuhteista eivätkä hänestä itsestään. Häpeä siirtyy sukupolvelta toiselle ja kulkee vahvasti suvuittain (Malinen 2009, 16–18.) Häpeä koetaan sisäisenä romahduksena, joka käynnistää erilaisia korjaamis- ja välttämisyhkimyksiä. Häpeän merkitys erilaisten psyykkisten häiriöiden käynnistykseen on suuri (Ikonen ym. 2013.)

Malisen (2010a, 7-17) mukaan häpeä on yksi ihmisen tunteista ja tunnemme häpeää myös muiden takia. Ihminen pelkää häpeän paljastuessa eniten hylätyksi tu-

lemista. Ihminen voi ajatella, että hänet jätetään, koska hän ei usko kelpaavansa sellaisena kuin todellisuudessa on. Häpeä on tunteena tuskallinen, eikä ihminen halua tai kykene kohtaamaan tunnettaan kuin hetkellisesti. Usein ihminen pyrkii muuttamaan häpeän joksikin toiseksi, paremmin siedettäväksi tunteeksi. Häpeään liittyy usein myös kelpaamattomuuden, huonommuuden sekä mitättömyyden tunteita. Ihminen pyrkii salaamaan ja mitätöimään häpeää.

Suomessa vuoden 2006 papiksi valittu, Tarja Korpelan mukaan häpeä on sisäinen haava. Häpeä erottaa ihmisen itsestään ja muista. Häpeä on intiimimpi, salatumpi sekä kokonaisvaltaisempi tunne kuin syyllisyys. Häpeä koskettaa ihmisen itseisarvoa ja kunniaa. Häpeä on syvempää kuin hämmennys, noloistuminen tai ujoisuus. Häpeä on tunteena luonnollinen (Oertel 2008.)

Kun häpeä tunteena kahlitsee, se ei ole enää voimavara vaan hallitseva kahle. Häpeä voi estää nauttimasta normaalista arjesta, peittäen alleen hyvät tunteet. Häpeän tunnustaminen usein auttaa, mutta paljastumisen kuvitellaan lisäävän häpeää. Suomalaisessa kulttuurissa on totuttu salaamaan häpeää sekä muita tunteita. Häpeästä puhuminen on vaikeaa mutta siitä puhuminen vapauttaa ihmisen (Oertel 2008.) Ihminen pyrkii kätkemään häpeän, mutta jotta sitä voidaan käsitellä, on ensin osoitettava sen olemassaolo. Välttämällä häpeää ihminen estyy ajattelemasta ja havaitsemasta todellisuutta (Ikonen ym. 2013.)

Malisen (2009, 44–45) mukaan häpeä muokkaa ihmisen ajattelua, tunteita sekä käytöstä. Häpeä vaikuttaa ihmiseen sekä tietoisesti että tiedostamatta. Malisen mukaan häpeän kasvualustana voidaan pitää varhaisvuosien kokemuksia. Häpeä seuraa ihmistä läpi elämän jos se on sisäistetty lapsuudessa.

Häpeä kuuluu ihmisen elämään eikä aiheuta kaikille suurempia ongelmia, kun taas toisille se on jokapäiväinen tunne ja seuralainen. Häpeä rajoittaa elämää, se kahlitsee ja sitoo. Häpeän tunne on inhimillistä ja osa ihmisen elämää. Sitä ei tarvitse hävetä, vaan sen kanssa on opittava elämään. Ihmiset ovat usein itsetietoisuuden tilassa kun he kokevat voimakasta häpeää. Se on tila, jossa ihminen on

kärjistyneen tietoinen itsestään ja sen hetkisestä tilanteestaan (Malinen 2010 a, 7-9.)

Kirjallisuudessa häpeä yhdistetään epäonnistumisiin silloin kun pyritään joihinkin tavoitteisiin. Häpeä liittyy niihin tilanteisiin, joiden tavoitteena on vastavuoroisuus, pyrkimys saada asia perille ja siihen toivottu vastaus. Häpeä on intensiivinen mielihäpeä, joka koetaan silloin kun tavoitellaan vastavuoroisuutta, joka jää toteutumatta (Ikonen ym. 2013.)

Häpeästä on vaikea vapautua. Häpeää voi kuvata erilaisin ilmaisin, pohjimmiltaan on kyse kuitenkin aina samasta: häpeä sitoo ja kahlitsee sekä lannistaa ja painaa alas. Lisäksi häpeä rajoittaa itseilmaisua ja tunteiden kokemista sekä pakottaa yksinäisyyteen ja saa sanattomaksi. Häpeä kuvataan myös loukkaantumisena ja epäonnistumisena. Pelko paljastumisesta liittyy usein häpeän tunteeseen. Häpeään liittyy pelko, että tehty virhe, epäonnistuminen, persoonallisuus ja todelliset tunteet paljastuvat toisille. Häpeä sitoo henkisiä voimavaroja ja estää näin tunteiden avoimen käsittelyn. Häpeän tunne aiheuttaa jopa fyysisiä reaktioita (Malinen 2010 a, 15–17.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön aihe saatiin Vaasan omaiset mielenterveystyön tukena ry:ltä. Pää-tutkimusongelmaksi muodostui miten mielenterveyskuntoutujien omaiset kokevat häpeää omaisen roolissa ja mitä vertaistuki heille merkitsee. Alatutkimusongelmana oli selvittää, miten eri sukupolvet ajattelevat mielenterveyskuntoutujista. Lisäksi raportoitiin vertaistukiryhmän kanssa käydystä keskustelun tuloksista. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös osaltaan jakaa tietoa häpeästä ja tuoda vertaistuesta saatuja kokemuksia esiin.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia häpeän kokemuksia mielenterveyskuntoutujien omaiset ovat kokeneet. Tutkimuksella pyrittiin myös selvittämään mitä vertaistukiryhmät mielenterveyskuntoutujien omaisille merkitsee. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat mielenterveyskuntoutujien omaiset vertaistukiryhmistä. Heitä yhdisti omaisen rooli, mutta jokainen heistä koki häpeän tunteet yksilöllisesti. Tutkimuksessa ei rajattu häpeää käsitteenä vaan mielenterveyskuntoutujien omaiset saivat itse määritellä sen omien kokemusten ja käsityksien kautta.

Tutkimusta varten haastateltiin Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n vertaistukiryhmissä olevia omaisia, joiden avulla kerättiin tutkimusaineistoa. Haastattelut toteutettiin loka-marraskuussa 2011 yksilöhaastatteluina.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin yksilöhaastattelut, koska näin ajateltiin saatavan esiin yksilöllisiä kokemuksia. Haastattelussa annettiin vastaajalle mahdollisuus pysyä anonyyminä ja vastata haastatteluun itselleen parhaiten katsomallaan laajuudella. Haastattelutilanteet pyrittiin luomaan mahdollisimman luonnollisiksi, jonka uskottiin lisäävän vastaajien luottamusta osallistua haastatteluun.

Tutkimuksen arki-ihmiset määriteltiin kanssaihmisiksi Antonia Gramscin mukaan (Lahtinen 1997). Arki-ihmisille tehdyn haastattelun tavoitteena oli saada selville eri sukupolvien välillä olevia mahdollisia eroavaisuuksia ja mitä ne mahdollisesti ovat. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää eri sukupolvijakauman välisiä eroja ajattelussa, asenteissa ja mielipiteissä mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

Tavoitteena oli saada 50 arki-ihmistä vastaamaan haastatteluun siten, että jokaista ikäjakaumaa kohden vastauksia saataisiin vähintään 10 kappaletta. Vastauksia saatiin yhteensä 57 kappaletta. Saatujen vastausten määrä oli odotettua suurempi. Tutkimukseen haluttiin sekä miehiä että naisia, eri sukupolvijakaumille, että nähtäisiin miten mielipiteet mahdollisesti jakautuvat. Vastausten varmistamiseksi haastattelukysymykset toimitettiin useammalle kuin 10 henkilöä/sukupolvi. Joihinkin ikäpovijakaumiin saatiin odotettua enemmän vastauksia, jotka haluttiin myös huomioida tässä tutkimuksessa.

5.1 Aineiston analyysi ja tutkimusmenetelmät

Tutkimustulosten analyysissa käytettiin kvantitatiivisia sekä kvalitatiivisia menetelmiä. Soveltamalla molempia menetelmiä saadaan tutkimuksen kannalta paras tulos. Kvalitatiivisten menetelmien avulla saadaan syvällistä tietoa, joka ei sellaisenaan ole yleistettävää, kun taas kvantitatiivisten menetelmien avulla saadaan pinnallista mutta luotettavaa tietoa (Alasuutari 1993, 190.) Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa pyrkimyksenä on löytää ja tuoda esiin tosiasioita. Aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Kvalitatiiviseen tutkimukseen sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Tapaukset käsitellään ainutlaatuisina ja aineisto tulkitaan niiden mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysia eli lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu eikä teorian tai hypoteesin testaaminen (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 157- 160.)

Kvalitatiivisia menetelmiä käytettiin kun selvitettiin mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia. Vastausten analyysia on myös havainnollistettu tekstissä sitaateilla. Nämä sitaatit ovat peräisin mielenterveyskuntoutujien omaisten avoimen kysymyksen vastauksista. Kysymyksissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Arki-ihmiset sekä mielenterveyskuntoutujien omaiset saivat vastata avoimiin kysymyksiin. Aineistolähtöistä sisällönanalyysia voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi, jonka avulla luodaan teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa käsitteitä yhdistelemällä saadaan

vastaus tutkimustehtävään. Analyysi perustuu tulkintaan sekä päättelyyn (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 112.)

Tutkimuksessa haastateltiin 13 mielenterveyskuntoutujan omaista Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasan seutu ry:n vertaistukiryhmistä. Haastattelukertoja oli yhteensä 3, jotka muodostuivat siten, että ensimmäisellä kerralla haastateltavia oli 5 henkilöä, toisella kerralla haastateltavia oli 4 henkilöä ja viimeisellä kerralla haastateltavia oli 4 henkilöä. Haastateltavat olivat sekä miehiä että naisia, joilla oli omakohtaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujan omaisena olemisesta. Haastateltavat valikoi yhdistyksen vastaava omaisneuvoja Tarja Vuori.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Haastattelut järjestettiin yksilöhaastatteluina ja käsiteltiin ainutlaatuisina siten, että aineistoa tulkittiin sen mukaisesti. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 20) mukaan tutkimuksen tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, seuraukset, yksityisyys ja luottamuksellisuus.

Tutkimukseen osallistuneiden vastaajien henkilöllisyyttä ei pysty tunnistamaan, jolloin eettisyys toteutuu tutkimuksessa. Sukupolvet määriteltiin vuosikymmenissä, joten vastaajien henkilöllisyyttä ei voida päätellä. Vastaajat asuvat ympäri Suomea, mikä antaa heille suojan. Työn luotettavuutta tukee se, että aineistoa tutkimukseen on kerätty arki-ihmisiltä sekä mielenterveyskuntoutujien omaisilta. Työssä käytetyt tutkimusmenetelmät ovat perusteltuja.

Hirsjärvi ym. (2009, 231) mukaan tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, jonka vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetilla ja validiteetilla kuvataan perinteisesti tutkimuksen luotettavuutta.

Reliabiliteetin sisältö viittaa tutkimuksen toistettavuuteen. Jos tutkimuksessa käytetään mittarina reliaabelia, vastaukset olisivat eri mittauskerroilla melko saman-

laisia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkittu sitä, mitä oli tarkoituskin (Metsämuuronen 2006, 56.)

Tutkimuksen tavoite on, että se pyrkii paljastamaan tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa mahdollisimman hyvin. Haastattelujen tulos syntyy haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta (Hirsjärvi ym. 2008, 189.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimus toteutettiin tutkimalla kahta eri kohderyhmää. Kohderyhminä olivat mielenterveyskuntoutujien omaiset sekä arki-ihmiset. Mielenterveyskuntoutujien omaiset valikoituivat yhdistyksen toimesta, jotka edustivat eri omaisryhmiä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 13 mielenterveyskuntoutujan omaista, joiden haastattelut jaettiin kolmeen eri kertaan. Haastattelut järjestettiin siten, että jokainen haastateltiin erikseen ja aikaa varattiin noin 45 minuuttia henkilöä kohden. Saatu aineisto analysoitiin jokaisen kolmen haastattelukerran jälkeen. Haastattelut rakentuivat kahteen avoimeen kysymykseen, joiden avulla haastateltuja lähestyttiin eri tavoin. Jokaisten haastattelukertojen välissä pyrittiin kehittämään haastatteluja asettelemalla kysymykset eri tavoin seuraavia haastattelukertoja varten. Lopuksi järjestimme vertaistuesssa kaikille haastatteluun osallistuneille palautekeskustelun tutkimuksen tuloksista, jonka vastauksia käsittelemme myös yhtenä aineistona.

6.1 Omaisten mielenterveystyön tukena ry:n omaisten yksilöhaastattelut

Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasan seutu ry:n vertaistukiryhmien omaisille suunnattu haastattelulomake (Liite 2) sisälsi 2 kysymystä. Haastateltaville esitettiin avoin kysymys, jossa annettiin vastaajalle tilaa vastata omista kokemuksistaan ja ajatuksistaan. Avointen kysymysten pohjalta esitettiin tarkentavia kysymyksiä, mikä vähensi vastausten tulkinnanvaraisuutta. Avoimien kysymysten avulla pyrittiin saamaan esiin uusia näkökulmia sekä löytämään yhtäläisyyksiä. Avoimen haastattelun tarkoitus ei ole edetä tarkkojen ja yksityiskohtaisten kysymysten avulla vaan se keskittyy ennalta suunniteltuihin teemoihin (Hiitola 2012).

6.1.1 Ensimmäinen haastattelukerta

Haastattelun alussa taustatiedoksi saatiin vastaajan suhde mielenterveyskuntoutajaan. Haastattelut aloitettiin kertomalla vastaajille arki-ihmisille suunnatun tutkimuksen pääpiirteitä. Halusimme tuoda esiin arki-ihmisten suvaitsevaisuuden mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Haastattelun avulla selvitettiin, onko omaisena kokenut häpeää ja millaisia kokemuksia on vertaistuesta. Haastattelukaavakkeessa kysyttiin vastaajan subjektiivista kokemusta häpeän tunteesta, mitä häpeä on tuo-

nut omaisen rooliin ja miten se on vaikuttanut elämään. Vastaajilta kysyttiin myös mitä vertaistuki heille merkitsee ja miten he ovat sitä löytäneet. Avoimessa haastattelussa vastaaja sai omin sanoin kertoa kokemuksiaan siitä miten he ovat kokeneet omaisen roolin. Haasteltavat kertoivat vapaamuotoisesti kokemuksistaan ja historiastaan sairastuneen rinnalla. Avoin haastattelu loi tilanteen, jossa haastattelulla oli mahdollisuus kertoa valitsemiaan asioita ja tuntemuksia. Haastattelukysymykset olivat:

- 1. Oletko kokenut häpeää mielenterveyskuntoutujan omaisen roolissa?*
- 2. Mikä on vertaistuen merkitys sinulle?*

Ensimmäisen haastattelukerran jälkeen saatiin selville, että mielenterveyskuntoutujien omaiset halusivat jakaa avoimesti omia kokemuksiaan. Heitä yhdistivät samankaltaiset tunteet esim. huoli, pelko ja riittämättömyys. Lisäksi häpeä tunteena oli vaikea tunnistaa ja siitä puhuminen oli haastavaa. Omaisten kokemuksiin vaikuttivat eniten omat asenteet ja elämänhallinta. Havaittiin, että kertominen arki-ihmisten suvaitsevaisuudesta hämmästytti mielenterveyskuntoutujien omaisia. Päätettiin, että seuraavassa haastattelussa kysymykset muotoillaan toisin, kuitenkin niin, että kysymys on luonteeltaan samanlainen.

6.1.2 Toinen haastattelukerta

Toisen haastattelukerran tarkoituksena oli lähestyä haastateltavia siten, että tehtiin muutoksia kysymysten asettelussa. Päätettiin, että arki-ihmisten tutkimustuloksia kerrottiin omaisten haastattelun jälkeen. Kysymykset keskittyivät suurelta osin häpeään ja sen kokemuksiin. Jokaiseen kysymykseen esitettiin tarkentavia kysymyksiä, kuten jos tunnisti häpeän tunteita muiden tunteiden joukosta, mitkä asiat olivat siihen vaikuttaneet ja jos ei ollut tunnistanut, oliko jokin asia suojannut siltä. Lopuksi kysyttiin mitä vertaistuki ryhmissä käyvät vastaajat sanoisivat sellaiselle, joka ei vielä ole löytänyt vertaistukea. Lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus tuoda esiin haluamiaan asioita tai mielteitä niin halutessaan. Haastattelukysymykset olivat:

1. Minkälaisia tunteita olet kokenut mielenterveyskuntoutujan omaisena?

2. Mitä vertaistuki on antanut sinulle?

Päätettiin, että arki-ihmisille suunnatun tutkimuksen tulokset esitetään haastattelujen lopuksi antaen omaisille ajatuksia arki-ihmisten suvaitsevaisuudesta. Oivallettiin, että jokainen haastateltava koki oman kokemuksensa eri tavoin ja haastattelussa tuli huomioida tilanne kunnioittavasti ja yksilöllisesti. Huomioitiin myös, että jokainen halusi tuoda kokemuksensa esiin omalla tyylillään. Haastateltavia yhdisti se, että useimmat halusivat jakaa omaa lähtökohtaansa ja suhdetta sairastuneeseen. Arki-ihmisille suunnatun tutkimuksen tuloksia esiteltäessä, haastattelutavat olivat hämmästyneitä mielenterveyskuntoutujia kohtaan koetusta suvaitsevaisuudesta. Päätettiin muuttaa kysymysten asettelua niin, että kysymys säilyy luonteeltaan samankaltaisena.

6.1.3 Kolmas haastattelukerta

Kolmas haastattelukerta toteutettiin siten, että haastateltavia lähestyttiin eri tavoin. Haastateltavia pyydettiin kertomaan, miten he uskovat arki-ihmisten suhtautuvan mielenterveyskuntoutujaan. Haastateltavien omien pohdintojen jälkeen kerrottiin arki-ihmisille suunnatun tutkimuksen tuloksista. Opittiin, että tällainen kysymysten asettelu antoi enemmän oivalluksia ja uusia näkökulmia haastateltaville.

Kysyttiin vaikuttaako häpeä elämään jos sitä tuntee ja auttaako häpeän tunteeseen jokin asia. Lisäksi kysyttiin, mitä vastaajat ajattelevat arki-ihmisten ajattelevan mielenterveyskuntoutujista. Haastattelussa pohdittiin, mitä media on omaisten mielestä tuonut esiin mielenterveyskuntoutujista. Kysyttiin haastateltavilta miten he kokevat vertaistuen, voisiko sitä kehittää ja miten. Lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus tuoda esiin haluamiaan asioita tai mietteitä niin halutessaan. Haastattelukysymykset olivat:

1. Arveletko mielenterveyskuntoutujan omaisen tuntevansa häpeää?

2. Mitä sanoisit heille, jotka eivät vielä ole löytäneet vertaistukeen?

Opittiin, että asettelemalla kysymyksiä eri tavoin, saavutetaan syvemmin pohdittuja vastauksia, jotka voivat herättää käsittelemään asioita laajemmista näkökul-

mista. Eri tavoin toteutetut haastattelukerrat opettivat, että kysymysten asettelulla on merkitystä.

6.1.4 Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n omaisille suunnattu tutkimustulokset

Haastatteluissa kysyttiin omaisen suhdetta mielenterveyskuntoutujaan. Tavallisesti kyseessä oli omainen, jolla on keskeinen rooli ihmissuhdeverkostossa. Omaisilta kysyttiin, olivatko he kokeneet häpeää omaisen roolissa ja häpeän lisäksi muita tunteita. Kysyttiin myös miten häpeä on vaikuttanut elämään. Lisäksi tutkittiin mitä vertaistuki merkitsee ja miten he ovat sen piiriin löytäneet ja miten vertaistukea voisi kehittää. Kuviossa 3 kuvataan mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia häpeästä.



Kuvio 3. Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia häpeästä.

Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin onko kokenut häpeää mielenterveyskuntoutujan omaisen roolissa. Vastaajista 71 % vastasi kysymykseen myöntävänsä häpeän tunteen kun taas 29 % ei tunnistanut kokeneensa häpeän tunteita.

Aromaan (2012) mukaan ihminen kokee häpeää joutuessaan kielteiseen valoon, koska muut eivät näe sitä miten he haluaisivat tulla nähdyiksi. Ympäristö voi suhtautua henkilöön leimaavasti, mutta jokaisen itse antama leima on ratkaisevin.

Aromaa pohtii, onko ympäristö se, joka leimaa vai tulkitaanko se niin. Äärimmilleen tämä voi johtaa siihen, että ihminen ei koe itseään yhteisön täysvaltaiseksi jäseneksi.

Yhteenveto. Aineistosta voidaan päätellä, että mielenterveyskuntoutujien omaiset kokevat häpeän tunteita omaisen roolissa, joka koskettaa suurinta osaa vastaajista. Mielenterveyskuntoutujien omaiset kokivat häpeän lisäksi myös huolta, pelkoa, ahdistusta, leimautumista sekä syrjäytymistä.

Vastaajien kokemuksia:

”Tuntuu, että sivullinen ei ymmärrä”

”Valtava häpeä kattoi kaiken, joka seurannut läpi elämän”

”Sairauden takia kyläyhteisö ei tukenut vaan syrji”

”Oma pelko rajoitti elämää, hylättiin”

Aineistosta voidaan päätellä, että häpeä on tunne jota vierastetaan eikä haluta tuoda julki.

”Suojelen lastani puhumattomuudella”

”Vertaistuessa voin puhua avoimesti”

Aineistosta jokainen vastaajista koki vertaistuen positiiviseksi ja sen merkitys oli suuri.

”Vertaistuki antaa voimia ja tukea”

”Häpeä katosi vertaistuessa kun huomasin, että muillakin on samankaltaisia ongelmia ja niitä on kaikissa yhteiskuntaluokissa”

”Apuna selviytymisessä ja saa käytännön tietoa”

”Ilman sitä kuolisin”

”Yhteiset retket olisivat mukavia”

”Tiedottaminen pitäisi olla parempaa”

”Kannustaa osallistumaan vertaistukeen”

Sosiaalisissa suhteissa vertaisryhmä voi täyttää aukon sekä antaa mahdollisuuden kuulua yhteisöön, joka vastaa omia arvoja. Vertaisryhmässä osanottajat tulevat kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi samankaltaistensa parissa paremmin kuin muualla (Holm, Huuskonen, Jyrkämä, Karnell, Laimio, Lehtinen, Myllymaa & Vahtivaara 2010, 18.)

Aineistosta voidaan päätellä, että mielenterveyskuntoutujan omaisen rooli koetaan yleisesti rankkana. Moni kokee sen tuoneen negatiivisia vaikutuksia ja haasteita elämään. Mielenterveyskuntoutujien omaisilla oli mahdollisuus kertoa haastattelussa keinoja, joiden avulla he ovat työstäneet haasteita. Erityisen ongelmallisena asiana aineistosta nousee mielenterveyskuntoutujan vaikea hoitoon pääsy.

6.2 Arki-ihmisille suunnatun tutkimuksen tulokset

Arki-ihmisille suunnatussa tutkimuksessa tutkittiin eri sukupovijakaumien välisiä mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista. Tutkimukseen osallistui 57 henkilöä, jotka valikoituivat ainoastaan sukupolvijakauman mukaisesti. Haastatteluissa käytettiin valmiita kyselylomakkeita, jotka sisälsivät yhteensä kuusi kysymystä.

6.2.1 Tutkimuksen tavoitteet

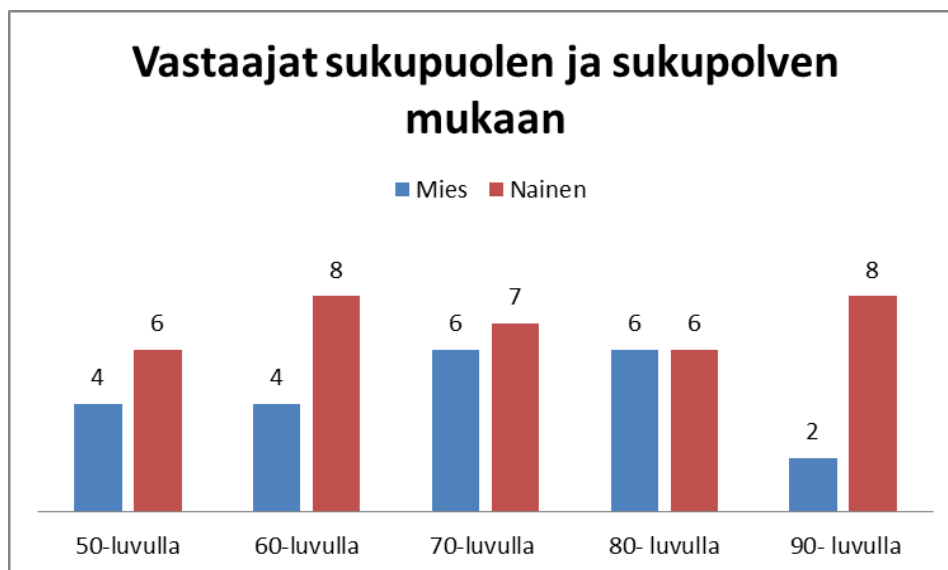
Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää arki-ihmisten mielipide siitä ”mikä on mielenterveyskuntoutuja”? Vastaukset jaoteltiin siten, että ne kertoivat mielenterveyskuntoutujan mielen sisäisesti tai ulkoisesti vaikuttavista tekijöistä. Mielen sisäisiksi vaikuttaviksi tekijöiksi jaoteltiin vastausten perusteella ne, joissa nähtiin mielenterveyden olevan ihmisessä itsessään oleva ominaisuus ja ulkoisiksi tekijöiksi ne, jotka ympäristö esimerkiksi leimaa mielenterveyskuntoutujaksi.

Arki-ihmisille suunnatun haastattelukaavakkeen (Liite 1) loppuosa oli strukturoitu. Kaavake sisälsi 6 kysymystä. Osa kysymyksistä sisälsi valmiit vastaus-

vaihtoehdot ja joihinkin kysymyksiin vastattiin täyttämällä tyhjä kenttä. Avoimissa kysymyksissä annettiin arki-ihmisille tilaa vastata omia ajatuksiaan, jonka jälkeen esitettiin strukturoituja kysymyksiä. Avointen kysymysten avulla pyrittiin saamaan esiin uusia näkökulmia. Haastattelun alussa kerättiin taustatietoa arki-ihmisistä: sukupuoli ja sukupolvi. Arki-ihmisiltä kysyttiin mikä on mielenterveyskuntoutuja. Lisäksi kysyttiin, tunnistavatko he mielenterveyskuntoutujan ja jos niin mistä. Haastattelun avulla selvitettiin mitä mieltä arki-ihmiset ovat mielenterveyskuntoutujasta ja ovatko he huomioineet jotain aiheeseen liittyvää mediassa. Yksi kysymys oli, mitä mieltä arki-ihminen olisi mielenterveyskuntoutujasta mahdollisena naapurina ja sen tuomia seurauksia, hyviä ja/tai huonoja.

Haastateltavista muodostettiin viisi ryhmää vastaajien syntymäaikojen mukaisesti. Sukupolvijaot olivat 1950, 1960, 1970, 1980, ja 1990-luvulla syntyneet naiset ja miehet. Haastateltavat valittiin satunnaisotannalla, jossa oli yhteensä 57 henkilöä. Haastateltavat olivat sukulaisia, tuttuja ja osa myös vieraampia ihmisiä. Vastaajan ammatilla ei ollut merkitystä tutkimuksessa. Haastattelut toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Osa haastatteluista tehtiin puhelimitse, sähköpostitse, henkilökohtaisesti haastatteleamalla sekä postitse toimitettuna. Vastaajille haluttiin antaa mahdollisuus valita heille parhaiten sopiva vaihtoehto osallistua tutkimukseen.

Vastaajat jaettiin viiteen sukupolveen ja jokaisesta sukupolvesta haluttiin yhteensä vähintään 10 henkilöä. Seuraavassa taulukossa on kuvattu tutkimukseen osallistuneiden arki-ihmisten määrä, sukupuoli ja sukupolvi. Ikäjakaumat esitetään vanhimmasta nuorimpaan. Kuviossa 4 kuvataan vastaajat sukupuolen ja sukupolven mukaan.

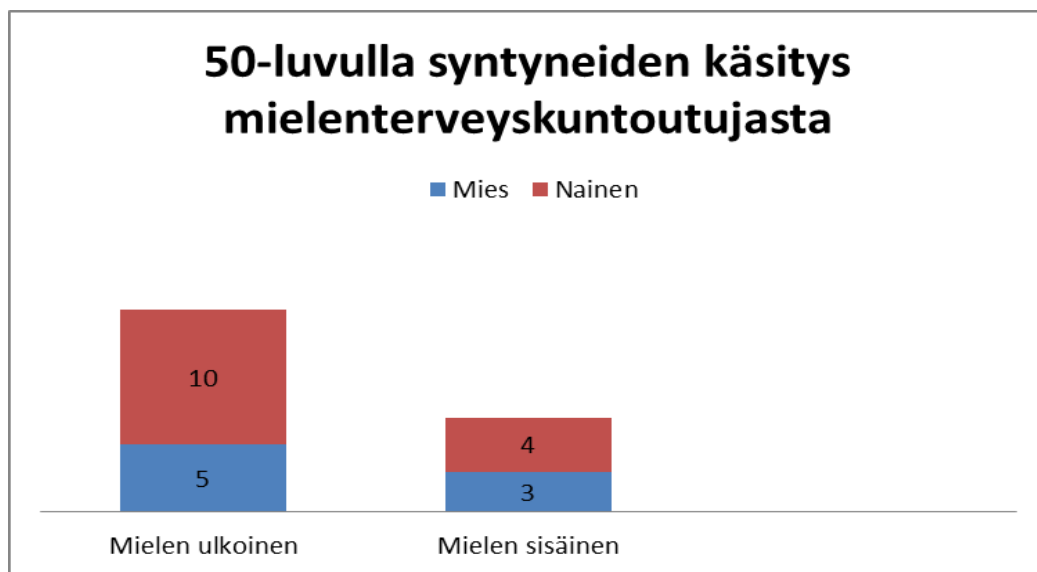


Kuvio 4. Vastaajat sukupuolen ja sukupolven mukaan.

Ensimmäiseen ikäryhmään kuuluvat 1950-luvulla syntyneet, yhteensä kymmenen (10) henkilöä ja heistä neljä (4) miestä ja kuusi (6) naista. Toiseen sukupolvijakaumaan kuuluvat 60-luvulla syntyneet, yhteensä kaksitoista (12) henkilöä ja heistä neljä (4) miestä ja kahdeksan (8) naista. Kolmanteen sukupolvijakaumaan kuuluvat 70-luvulla syntyneet, yhteensä kolmetoista (13) henkilöä, joista kuusi (6) oli miestä ja seitsemän (7) oli naista. Neljänteen sukupolvijakaumaan kuuluvat 80-luvulla syntyneet, yhteensä kaksitoista (12) henkilöä, heistä oli kuusi (6) miestä ja kuusi (6) naista. Viimeiseen sukupuolijakaumaan kuuluvat 90-luvulla syntyneet, yhteensä kymmenen (10) henkilöä, heistä oli kaksi (2) miestä ja kahdeksan (8) naista. Tutkimukseen osallistui viisikymmentäseitsemän (57) henkilöä. Heistä naisia oli kolmekymmentäviisi (35) ja miehiä kaksikymmentäkaksi (22).

6.2.1.1 Mielenterveyskuntoutuja 1950-luvulla syntyneiden mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten käsityksiä mielenterveyskuntoutujasta. Kuviossa 5 kuvataan 1950-luvulla syntyneiden käsityksiä mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 5. 1950-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.

Tutkimuksessa 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten vastauksista saatiin yhteensä viisitoista (15) ilmaisua mielen ulkoisista tekijöistä (5 ilmaisua miesten ja 10 naisten). Mielen sisäisistä tekijöistä saatiin yhteensä seitsemän (7) ilmaisua, joista (3 miesten ja 4 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäkaksi (22).

Mielen ulkoisista tyypillisimmät ilmaisut (3) olivat:

”Henkilö, jolla on ollut mielenterveysongelmia ja kuntoutuu niistä”

”Pystyy todennäköisesti elämään melko normaalisti”

”Avohoidossa oleva henkilö”

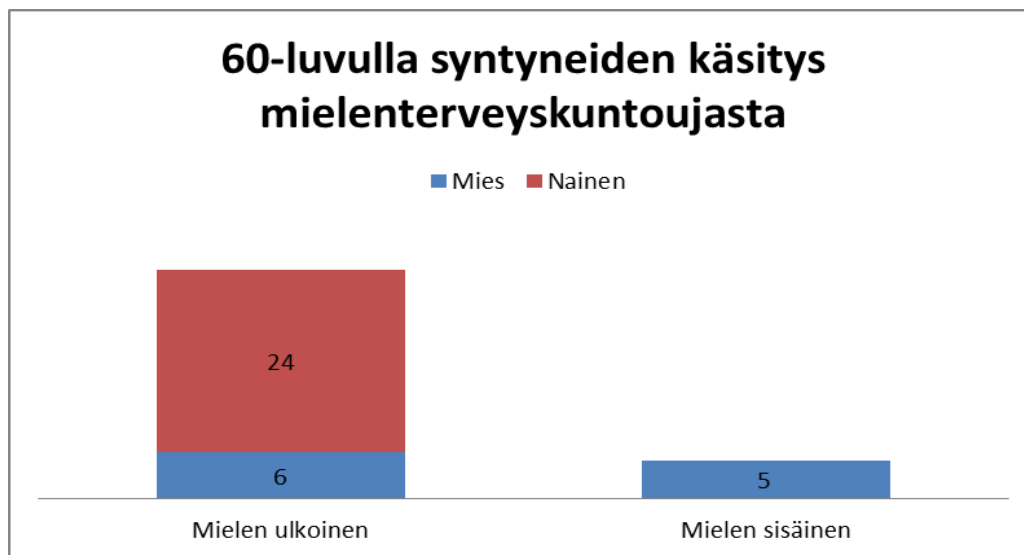
Mielen sisäisistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Todettu ongelmia mielenterveydessä”

”Psyykkisestä sairaudesta toipunut”

6.2.1.2 Mielenterveyskuntoutuja 1960-luvulla syntyneiden mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten käsityksiä mielenterveyskuntoutujasta. Kuviossa 6 kuvataan 1960-luvulla syntyneiden käsityksiä mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 6. 1960-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.

Tutkimuksessa 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten vastauksista saatiin yhteensä kolmekymmentä (30) ilmaisua mielen ulkoisista tekijöistä (6 ilmaisua miesten ja 24 naisten). Mielen sisäisistä tekijöistä saatiin yhteensä viisi (5) ilmaisua, jotka olivat kaikki miesten. Ilmaisuja saatiin yhteensä kolmekymmentäviisi (35).

Mielen ulkoisista tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Asuu kotona tai hoitolaitoksessa”

”Ohjausta tarvitseva”

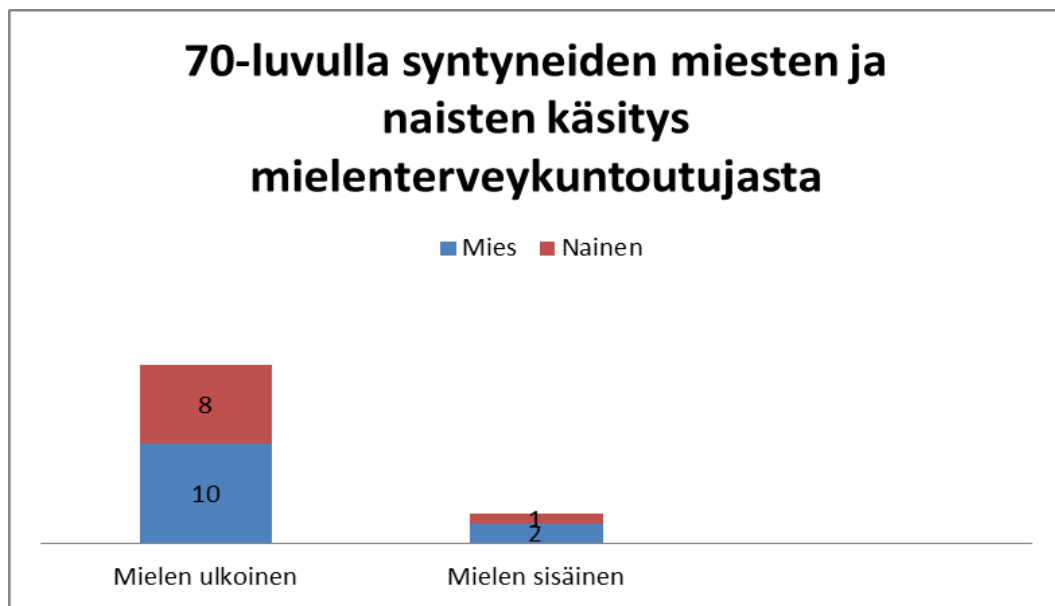
Mielen sisäisistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Erilaisia mielenterveysongelmia”

”Tarvittaessa lääkitys”

6.2.1.3 Mielenterveyskuntoutuja 1970-luvulla syntyneiden mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten käsityksiä mielenterveyskuntoutujasta. Kuviossa 7 kuvataan 1970-luvulla syntyneiden käsityksiä mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 7. 1970-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.

Tutkimuksessa 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten vastauksista saatiin yhteensä kahdeksantoista (18) ilmaisua mielen ulkoisista tekijöistä (10 ilmaisua miesten ja 8 naisten). Mielen sisäisistä tekijöistä saatiin yhteensä kolme (3) ilmaisua, joista (2 ilmaisua miehen ja 1 naisen). Ilmaisuja saatiin yhteensä 21 (kaksikymmentäyksi).

Mielen ulkoisista tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Käynyt läpi sairaalahoidon”

”Tervehtymässä oleva henkilö”

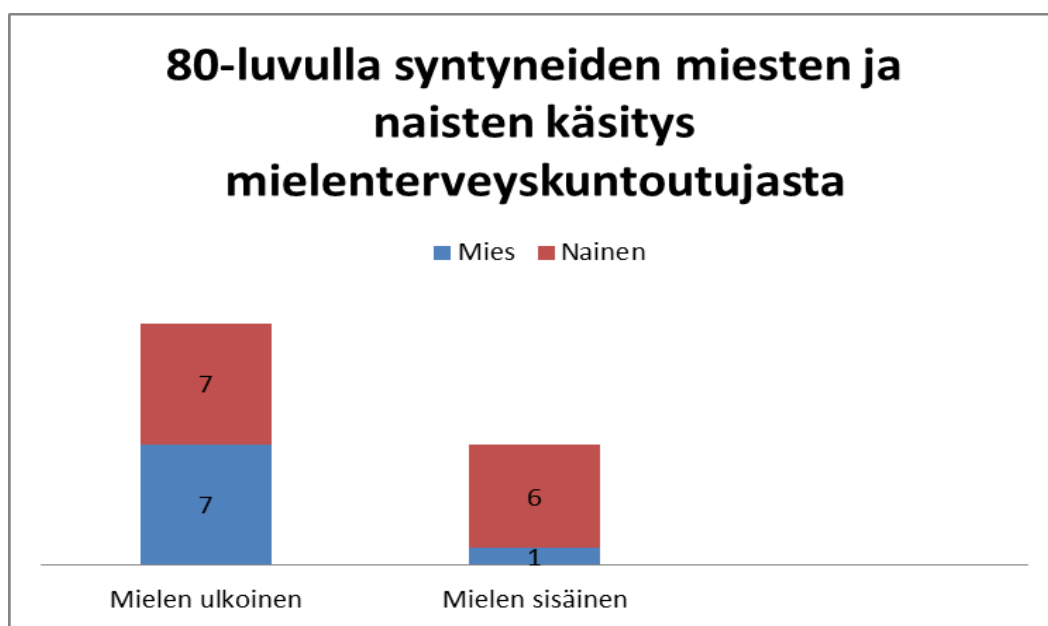
Mielen sisäisistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Toipumassa oleva henkilö”

”Saa ammatillista apua”

6.2.1.4 Mielenterveyskuntoutuja 1980-luvulla syntyneiden mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten käsityksiä mielenterveyskuntoutujasta. Kuviossa 8 kuvataan 1980-luvulla syntyneiden käsityksiä mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 8. 1980-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.

Tutkimuksessa 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten vastauksista saatiin yhteensä neljätoista (14) ilmaisua mielen ulkoisista tekijöistä (7 ilmaisua miesten ja 7 naisten). Mielen sisäisistä tekijöistä saatiin yhteensä seitsemän (7) ilmaisua, joista (1 miehen ja 6 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäyksi (21).

Mielen ulkoisista tyypillisin ilmaisut (2) olivat:

”Mielenterveyttä hoidetaan”

”Käyttää mielenterveyspalveluita”

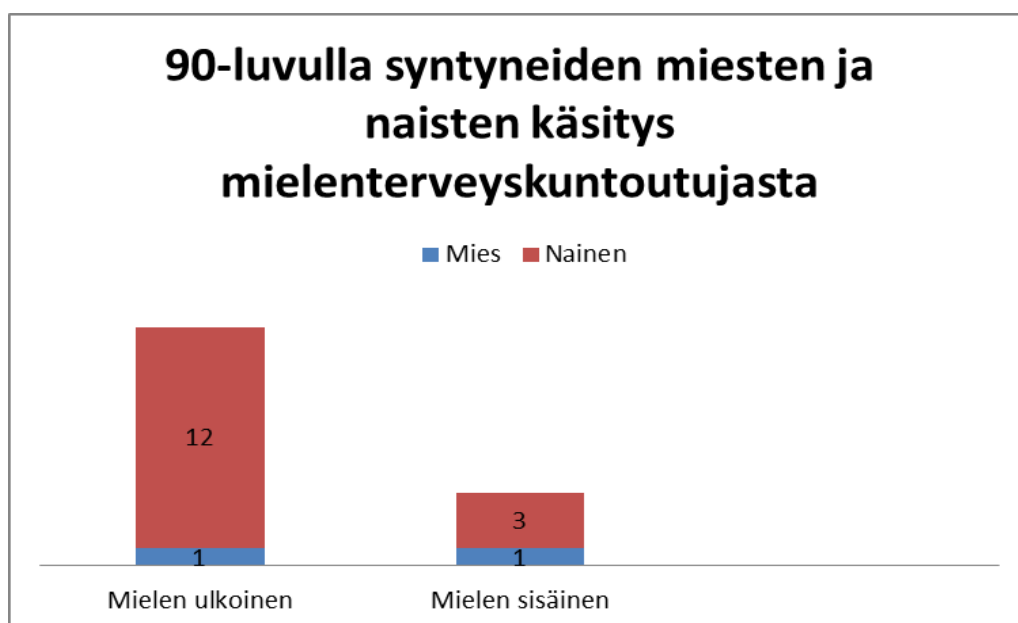
Mielen sisäisistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Psyykkisesti sairastunut”

”Elämässä kokenut paljon ikäviä asioita”

6.2.1.5 Mielenterveyskuntoutuja 1990-luvulla syntyneiden mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten käsityksiä mielenterveyskuntoutujasta. Kuviossa 9 kuvataan 1990-luvulla syntyneiden käsityksiä mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 9. 1990-luvulla syntyneiden miesten ja naisten käsitys mielenterveyskuntoutujasta.

Tutkimuksessa 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten vastauksista saatiin yhteensä kolmetoista (13) ilmaisua mielen ulkoisista tekijöistä (1 ilmaisua miehen ja 12 naisten). Mielen sisäisistä tekijöistä saatiin yhteensä neljä (4) ilmaisua, joista (1miehen ja 3 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä seitsemäntoista (17).

Mielen ulkoisista tyypillisimmät ilmaisut olivat:

”Käyttää avo- tai laitosten mielenterveyspalveluita”

”Hoidetaan eri tavoin”

Mielen sisäisistä tyypillisin ilmaisu oli:

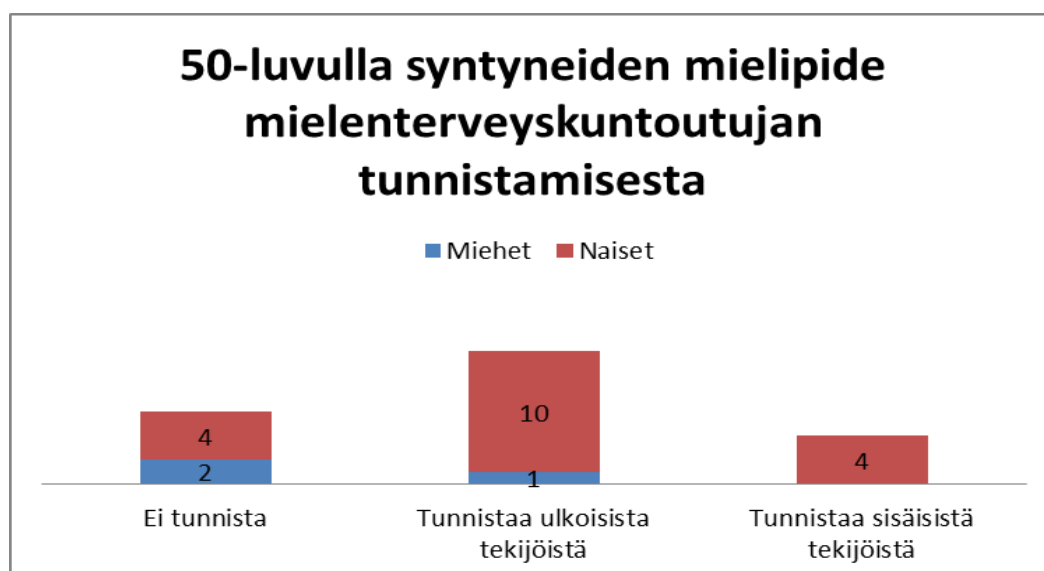
”Mielenterveydellisiä ongelmia”

6.2.2 Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus arki-ihmisten mukaan

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää arki-ihmisten mielipide siitä, miten tunnistaa mielenterveyskuntoutujan? Vastaukset jaoteltiin seuraavasti: ei tunnista, tunnistaa. Mikäli arki-ihminen koki tunnistavansa mielenterveyskuntoutujan, kysyttiin ovatko mielenterveysongelmiin johtaneet syyt sisäisiä vai ulkoisia. Sisäisiksi jaoteltiin vastaukset, jotka johtuvat ihmisestä itsestään ja ulkoiseksi ne, jotka vaikuttavat ulkoapäin.

6.2.2.1 Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide miten tunnistavat mielenterveyskuntoutujan. Kuviossa 10 kuvataan mielenterveyskuntoutujien tunnistettavuutta 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan.



Kuvio 10. 1950-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.

Tutkimuksessa 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kuusi (6) eivät tunnista mielenterveyskuntoutujaa (2 miehen ja 4 naisen). Ulkoisista tekijöistä tunnistettaessa saatiin yhteensä yksitoista (11) ilmaisuja (1 miehen ja 10 naisten) ja sisäisistä tekijöistä neljä (4) naisten ilmaisuja. Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäyksi (21).

Ulkoisista tekijöistä tyypillisin ilmaisu (1) oli:

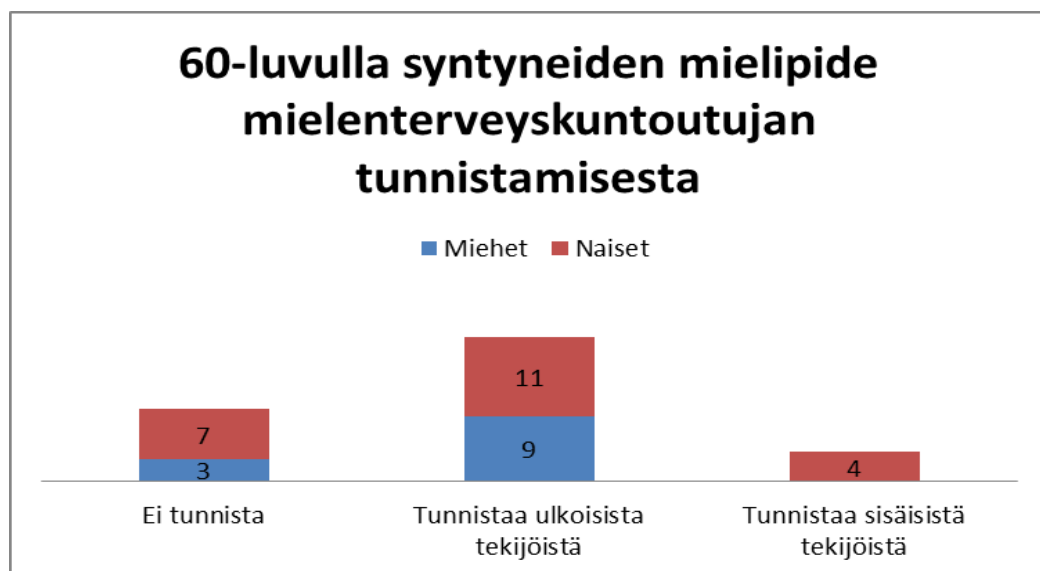
”Kävelevät hitaasti”

Sisäisistä tekijöistä tyypillisin ilmaisu (1) oli:

”Laiminlyö omia psyykkisiä voimavaroja”

6.2.2.2 Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide miten tunnistavat mielenterveyskuntoutujan. Kuviossa 11 kuvataan mielenterveyskuntoutujien tunnistettavuutta 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan.



Kuvio 11. 1960-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.

Tutkimuksessa 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kymmenen (10) eivät tunnista mielenterveyskuntoutujaa (3 miesten ja 7 naisten). Ulkoisista tekijöistä tunnistettaessa saatiin yhteensä kaksikymmentä (20) ilmaisua (9 miesten ja 11 naisten) ja sisäisistä tekijöistä saatiin neljä (4) naisten. Ilmaisuja saatiin yhteensä kolmekymmentäneljä (34).

Ulkoisista tekijöistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Ei katsekontaktia”

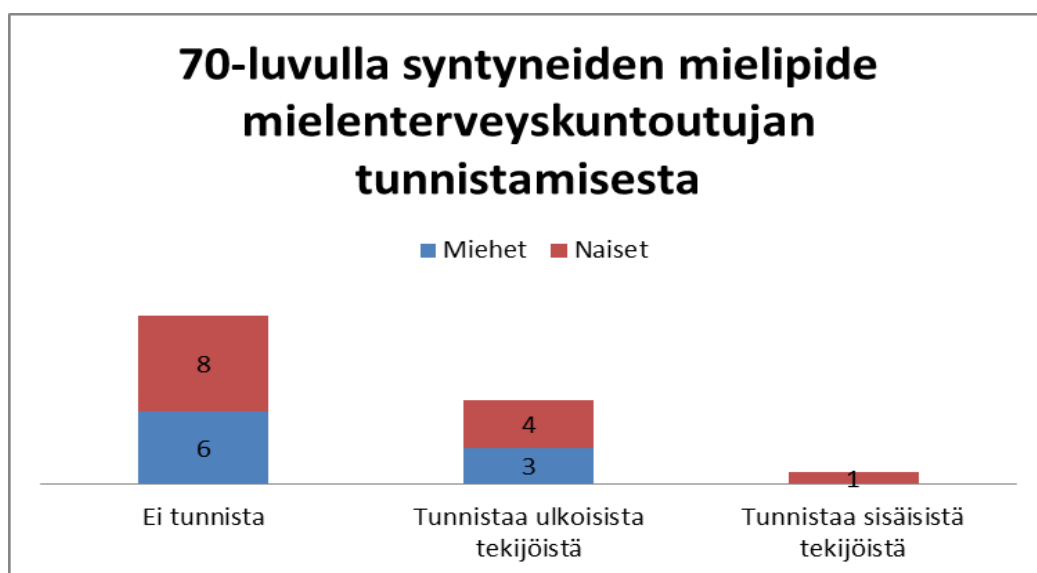
”Levoton”

Sisäisistä tekijöistä tyypillisin ilmaisu (1) oli:

”Väsynyt”

6.2.2.3 Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide miten tunnistavat mielenterveyskuntoutujan. Kuviossa 12 kuvataan mielenterveyskuntoutujien tunnistettavuutta 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan.



Kuvio 12. 1970-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.

Tutkimuksessa 70-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista neljätoista (14) eivät tunnista mielenterveyskuntoutujaa (6 miesten ja 8 naisten). Ulkoisista tekijöistä tunnistettaessa saatiin yhteensä seitsemän (7) ilmaisua (3 miesten ja 4 naisten) ja sisäisistä tekijöistä ilmaisuja saatiin yksi (1) naisen. Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäkaksi (22).

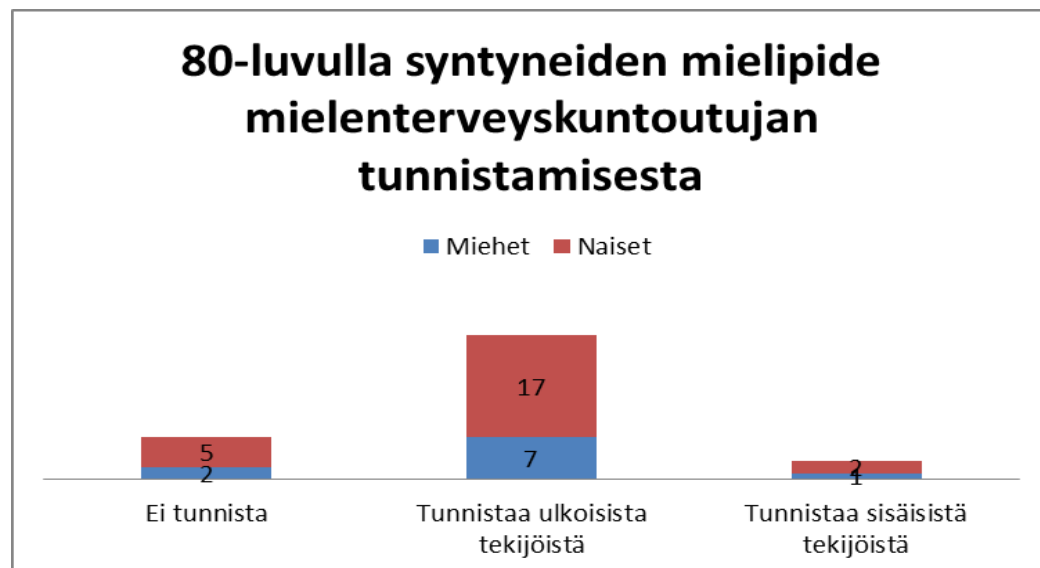
Ulkoisista tekijöistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Lääkitys ja sivuoireet”

”Ilmeet ja liikkeet”

6.2.2.4 Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide miten tunnistavat mielenterveyskuntoutujan. Kuviossa 13 kuvataan mielenterveyskuntoutujien tunnistettavuutta 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan.



Kuvio 13. 1980-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.

Tutkimuksessa 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista seitsemän (7) eivät tunnista mielenterveyskuntoutujaa (2 miesten ja 5 naisten). Ulkoisista teki-

jöistä tunnistettaessa saatiin yhteensä kaksikymmentäneljä (24) ilmaisuja (7 miesten ja 17 naisten) ja sisäisistä tekijöistä ilmaisuja saatiin kolme (3) ilmaisuja (1miehen ja 2 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kolmekymmentä (34).

Ulkoisista tekijöistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Käyttäytyminen”

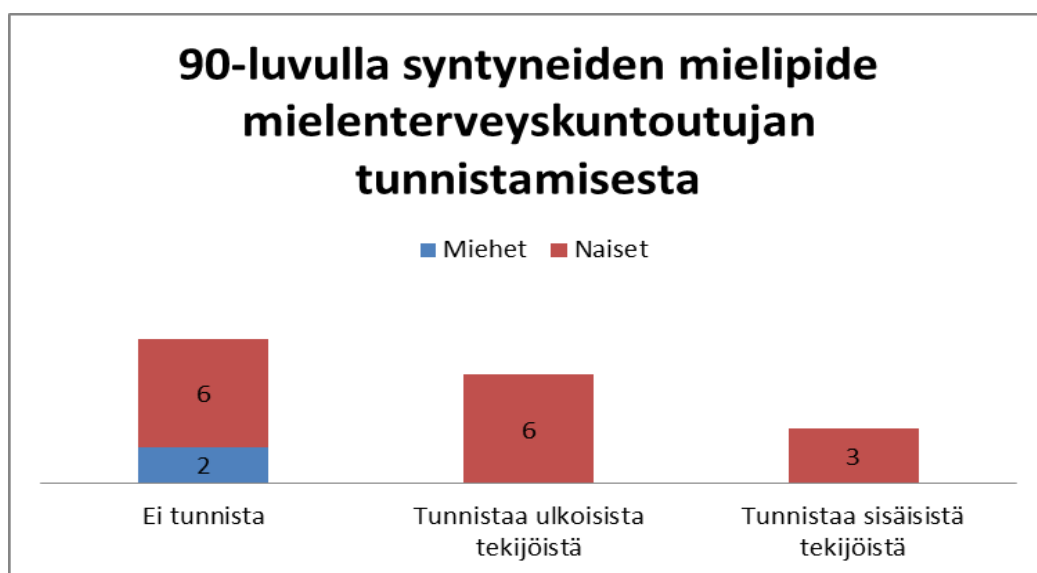
”Pukeutuminen”

Sisäisistä tekijöistä tyypillisin ilmaisu (1) oli:

”Sisäänpäin suuntautunut”

6.2.2.5 Mielenterveyskuntoutujan tunnistettavuus 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan

Seuraavassa kuviossa kuvataan 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide miten tunnistavat mielenterveyskuntoutujan. Kuviossa 14 kuvataan mielenterveyskuntoutujien tunnistettavuutta 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mukaan.



Kuvio 14. 1990-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujan tunnistamisesta.

Tutkimuksessa 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kahdeksan (8) eivät tunnista mielenterveyskuntoutujaa (2 miesten ja 6 naisten). Ulkoisista tekijöistä tunnistettaessa saatiin yhteensä kuusi (6) ilmaisua (naisen) ja sisäisistä tekijöistä kolme (3) naisten ilmaisua. Ilmaisuja saatiin yhteensä seitsemäntoista (17).

Ulkoisista tekijöistä tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Käyttäytyminen ”

”Olemus”

Sisäisistä tekijöistä tyypillisin ilmaisu (1) oli:

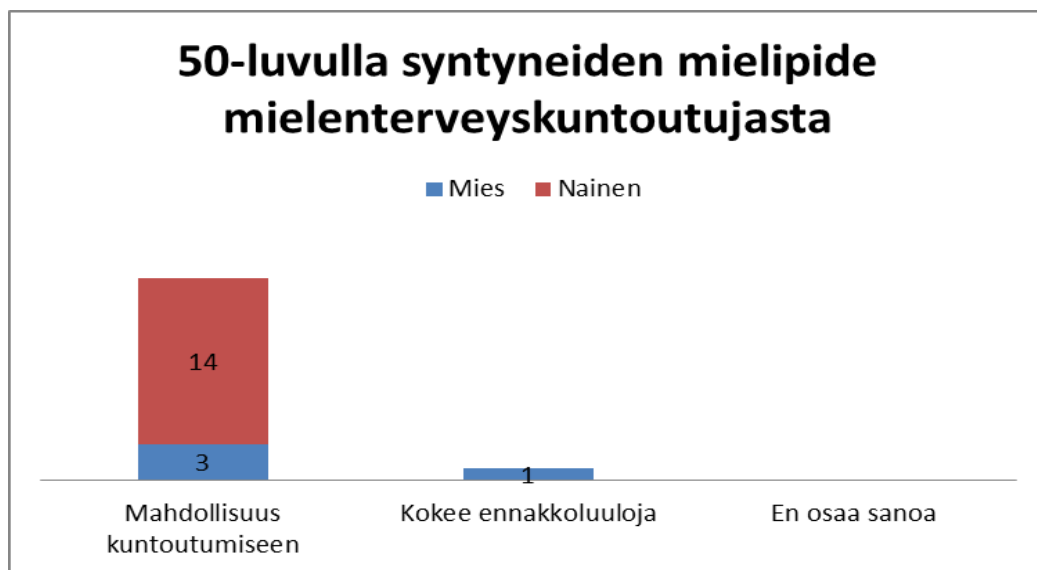
”Masennus”

6.2.3 Arki-ihmisten mielipiteet mielenterveyskuntoutujista

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitä mieltä arki-ihmiset ovat mielenterveyskuntoutujasta. Vastaukset jaoteltiin seuraavasti: ei osaa sanoa, kokee ennakkoluuloja sekä mahdollisuus kuntoutumiseen. Ennakkoluuloiksi jaoteltiin vastaukset, jotka liittyivät asenteisiin, yleistämiseen tai tiedon puutteeseen. Kuntoutumisen mahdollisuuteen jaoteltiin ne vastaukset joissa koettiin, että mielenterveyskuntoutuja on väliaikaisesti hoitoa tarvitseva ja erilaista kuntoutusta ja tukea saava henkilö.

6.2.3.1 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista

Kuviossa 15 kuvataan 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide mielenterveyskuntoutujasta.



Kuvio 15. 1950-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta

Tutkimuksessa 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista seitsemäntoista (17) arvioi mielenterveyskuntoutujan mahdollisuudesta kuntoutua (3 miesten ja 14 naisten). Ilmaisuihin yksi (1) koki ennakkoluuloja. Ilmaisuja saatiin yhteensä kahdeksantoista (18).

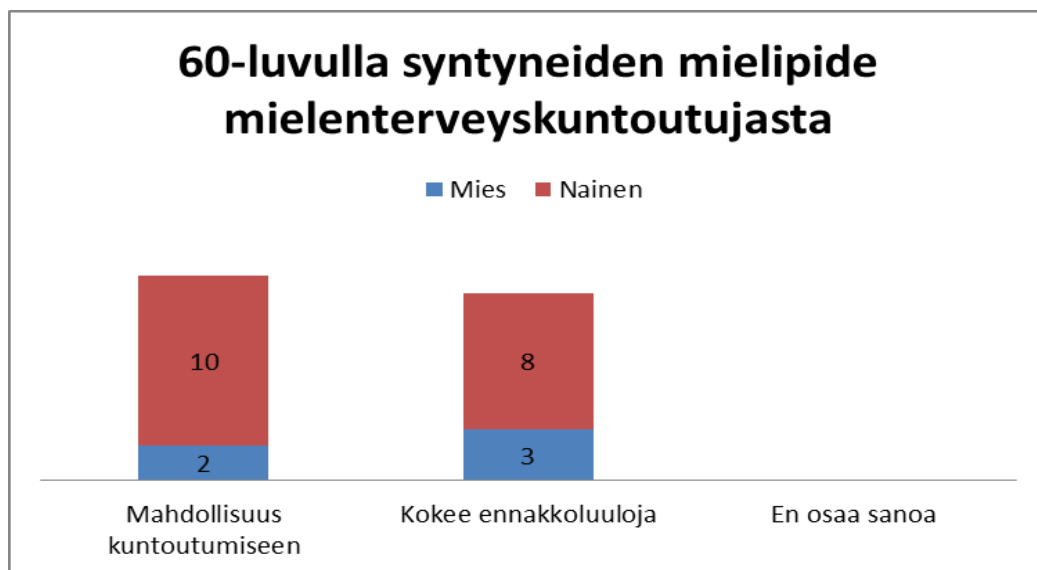
Mahdollisuus kuntoutumiseen tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Väliaikainen vaihe elämässä”

”Sairas ihminen voi kuntoutua”

6.2.3.2 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista

Kuviossa 16 kuvataan 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide mielenterveyskuntoutujasta.



Kuvio 16. 1960-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta.

Tutkimuksessa 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kaksitoista (12) arvioi mielenterveyskuntoutujan mahdollisuudesta kuntoutumiseen (2 miesten ja 10 naisten). Ilmaisista yksitoista (11) koki ennakkoluuloja (3 miesten ja 8 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäkolme (23).

Mahdollisuus kuntoutumiseen tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Tarvitsee tukea”

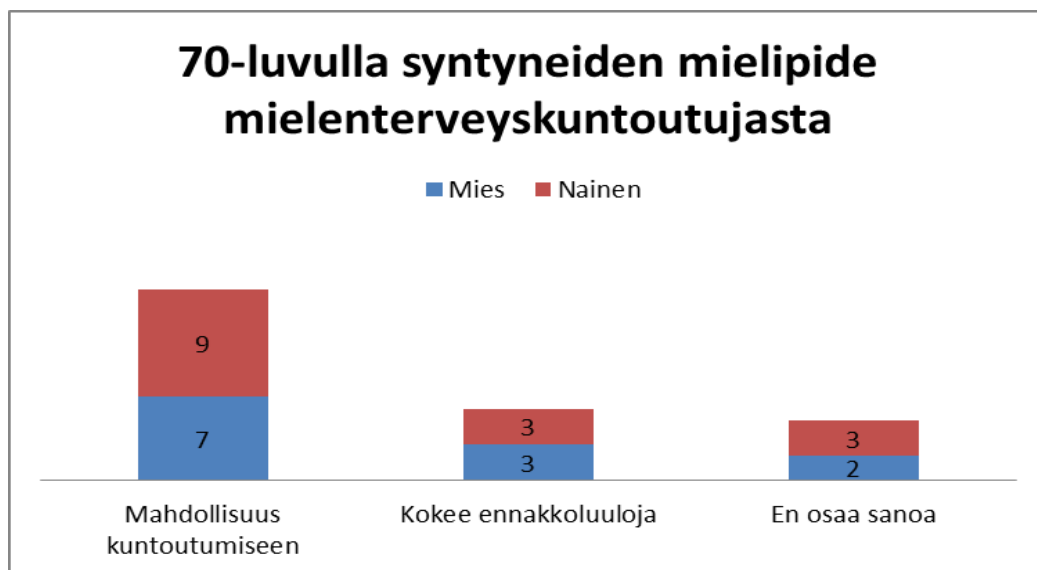
”Hyvä kun kuntoutuu”

Kokee ennakkoluuloja, tyypillisin ilmaisu (1) oli:

”Saattaa olla aggressiivinen”

6.2.3.3 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista

Kuviossa 17 kuvataan 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide mielen-terveyskuntoutujasta.



Kuvio 17. 1970-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta

Tutkimuksessa 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kuusitoista (16) arvioi mielenterveyskuntoutujan mahdollisuudesta kuntoutua (7 miesten ja 9 naisten). Ilmaisuihin kuusi (6) koki mielenterveyskuntoutujia kohtaan ennakkoluuloja (3 miesten ja 3 naisten). Ilmaisuihin viisi (5) koki ennakkoluuloja (2 miesten ja 3 naisten). Ilmaisuihin viisi (5) ei osannut sanoa mielipidettään (2 miesten ja 3 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäseitsemän (27).

Mahdollisuus kuntoutumiseen tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Kuntoutuja siinä missä muutkin kuntoutujat”

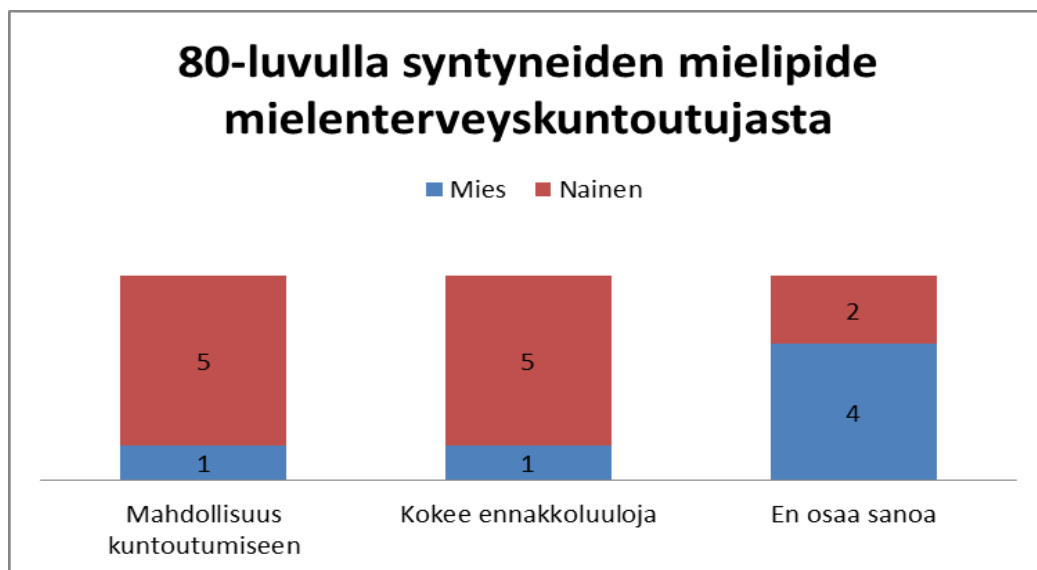
”Voi olla ketä vaan”

Kokee ennakkoluuloja, tyypillisin ilmaisu (1) oli:

”Hyvä jos kuntoutuu”

6.2.3.4 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista

Kuviossa 18 kuvataan 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide mielenterveyskuntoutujasta.



Kuvio 18. 1980-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta

Tutkimuksessa 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kuusi (6) arvioi mielenterveyskuntoutujan mahdollisuudesta kuntoutua (1 miehen ja 5 naisten). Ilmaisista kuusi (6) koki ennakkoluuloja (1 miehen ja 5 naisten). Kuusi (6) koki, ettei osaa sanoa mielipidettään (4 miehen ja 2 naisen). Ilmaisista kuusi (6) ei osannut sanoa mielipidettään (4 miesten ja 2 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kahdeksantoista (18).

Mahdollisuus kuntoutumiseen tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Ihminen siinä missä kaikki muutkin”

”Tarvitsee tukea ja ohjausta”

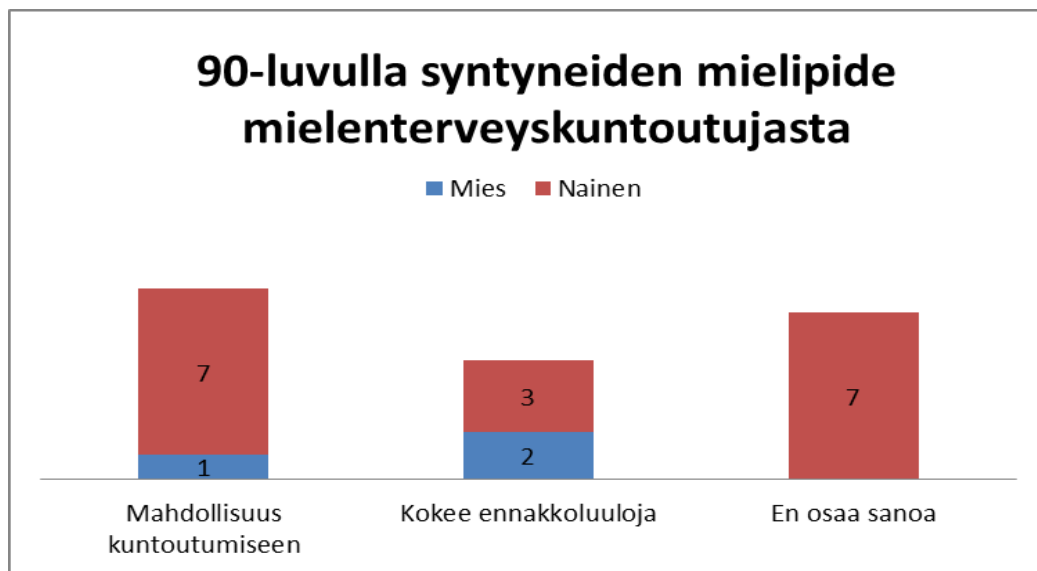
Kokee ennakkoluuloja, tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Säälittäviä”

”Skitsofrenia pelottaa”

6.2.3.5 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista

Kuviossa 19 kuvataan 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipide mielen-terveyskuntoutujasta.



Kuvio 19. 1990-luvulla syntyneiden mielipide mielenterveyskuntoutujasta

Tutkimuksessa saatiin 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuja kahdeksan (8) mielenterveyskuntoutujan mahdollisuudesta kuntoutumiseen (1 miehen ja 7 naisen). Ilmaisuihin viidessä (5) koettiin mielenterveyskuntoutujia kohtaan ennakkoluuloja (2 miehen ja 3 naisen). Ilmaisuihin seitsemässä (7) koettiin, ettei osaa sanoa (naisen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentä (20).

Mahdollisuus kuntoutumiseen tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Tarvitsee tukea ja apua”

”Välittää itsestään kun hakeutuu hoitoon”

Kokee ennakkoluuloja, tyypillisimmät ilmaisut (2) olivat:

”Erilainen”

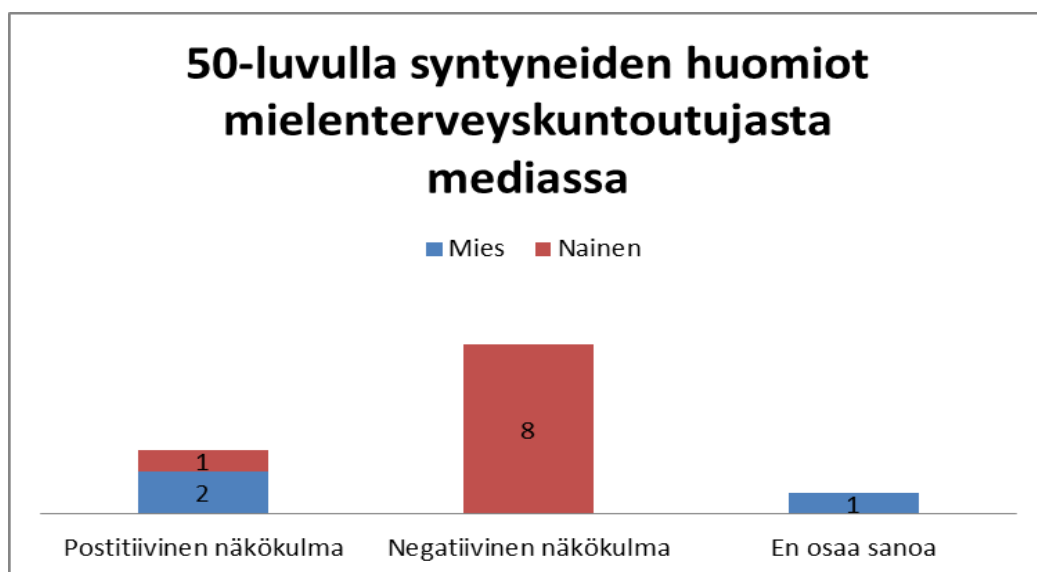
”Varautunut”

6.2.4 Arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää mitä arki-ihmiset ovat havainneet mediassa mielenterveyskuntoutujista. Vastaukset jaoteltiin seuraavasti: en osaa sanoa, positiivisia havaintoja tai negatiivisia havaintoja. Positiivisiksi havainnoiksi jaoteltiin vastaukset, jotka liittyivät myönteisiin asenteisiin, kehittämiseen tai tiedon lisäämiseen. Negatiivisiksi havainnoiksi jaoteltiin vastaukset, jotka liittyivät resurssipulaan, palveluiden riittämättömyyteen sekä negatiivisiin asenteisiin mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

6.2.4.1 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa

Kuviossa 20 kuvataan 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja median esiintuomasta kuvasta mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 20. 1950-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujista mediassa.

Tutkimuksessa 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kolme (3) oli havainnut positiivisia näkökulmia mediassa (2 miesten ja 1 naisen). Kahdeksan (8) oli havainnut negatiivisia näkökulmia mediassa (naisten). Ilmaisista yksi (1) koki, ettei osaa sanoa (miehen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksitoista (12).

Tyypillisin ilmaisu (1) positiivisista havainnoista mediassa :

”Ihmisen tervehtyminen”

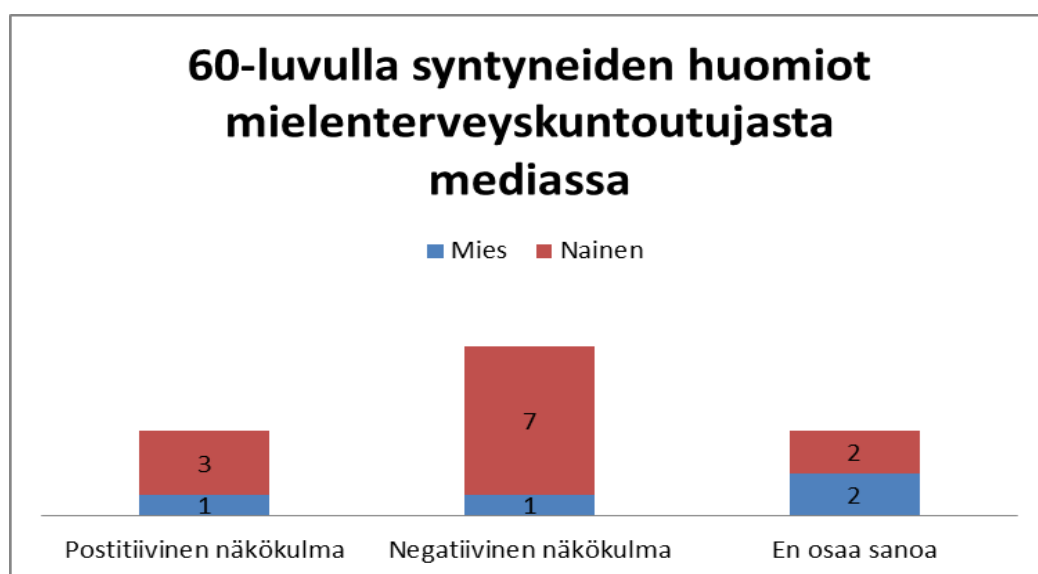
Tyypillisimmät ilmaisut (2) negatiivisista havainnoista mediassa:

”Hoitoon pääseminen vaikeaa”

”Asumisyksiköitä vastustetaan”

6.2.4.2 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa

Kuviossa 21 kuvataan 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja, median esiintuomasta kuvasta mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 21. 1960-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujista mediassa.

Tutkimuksessa 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista neljä (4) oli havainnut positiivisia näkökulmia mediassa (1 miehen ja 3 naisten). Kahdeksan (8) oli havainnut negatiivisia näkökulmia mediassa (1 miehen ja 7 naisten). Ilmaisuista neljä (4) koki, ettei osaa sanoa (2 miesten ja 2 naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksitoista (12).

Tyypillisin ilmaisu (1) positiivisista havainnoista mediassa:

”Vertaistuki tullut täydentämään ja tukemaan”

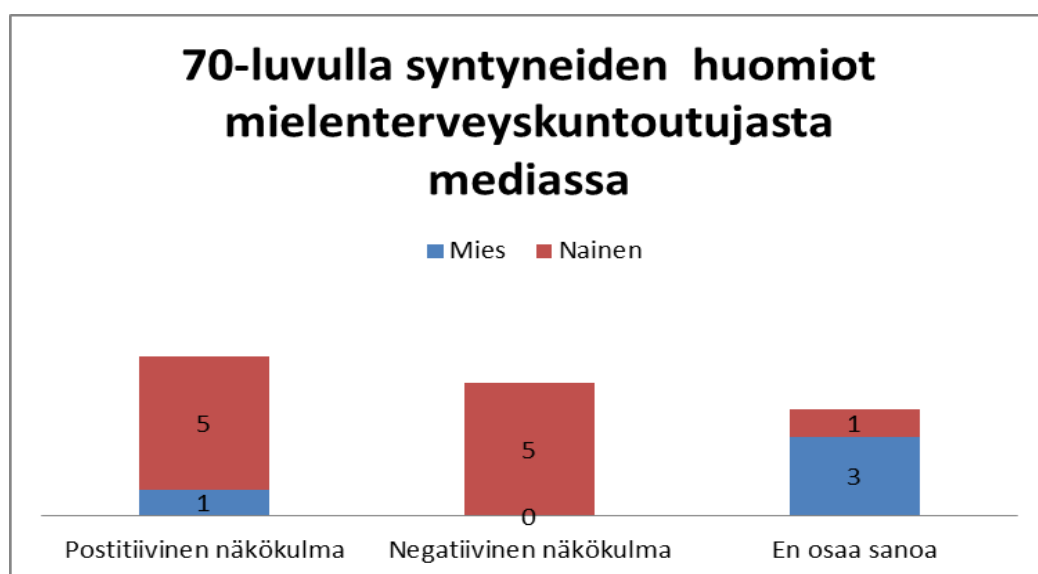
Tyypillisimmät ilmaisut (2) negatiivisista havainnoista mediassa:

”Nuoret voivat pahoin”

”Hoitoon pääseminen hidasta ja vaikeaa”

6.2.4.3 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa

Kuviossa 22 kuvataan 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja, median esiintuomasta kuvasta mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 22. 1970-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujista mediassa.

Tutkimuksessa 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kuusi (6) oli havainnut positiivisia näkökulmia mediassa (1 miehen ja 5 naisten). Viisi (5) oli havainnut negatiivisia näkökulmia mediassa (naisten). Ilmaisista neljä (4) koki, ettei osaa sanoa (3 miesten ja 1 naisen). Ilmaisuja saatiin yhteensä viisitoista (15).

Tyypillisimmät ilmaisut (2) positiivisista havainnoista mediassa:

”Masennuksesta puhutaan paljon”

”Työuupumuksesta johtuvat mielenterveysongelmat tullut esiin”

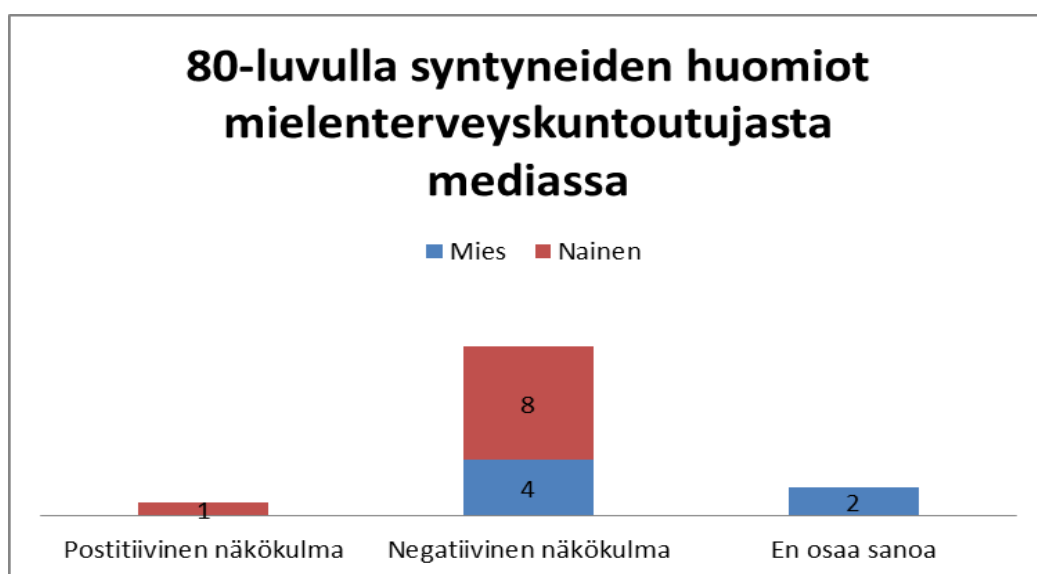
Tyypillisimmät ilmaisut (2) negatiivisista havainnoista mediassa:

”Palveluiden riittämättömyys”

”Palveluja lakkautetaan ja sairaalapaikkoja vähennetään”

6.2.4.4 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa

Kuviossa 23 kuvataan 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja median esiintuomasta kuvasta mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 23. 1980-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujista mediassa.

Tutkimuksessa 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista yksi (1) oli havainnut positiivisia näkökulmia mediassa (naisen). Kaksitoista (12) oli havainnut negatiivisia näkökulmia mediassa (4 miesten ja 8 naisen). Ilmaisuista kaksi (2) koki, ettei osaa sanoa (miesten). Ilmaisuja saatiin yhteensä viisitoista (15).

Tyypillisin ilmaisu (1) positiivisista havainnoista mediassa:

”Julkisuuden henkilöt tullut esiin”

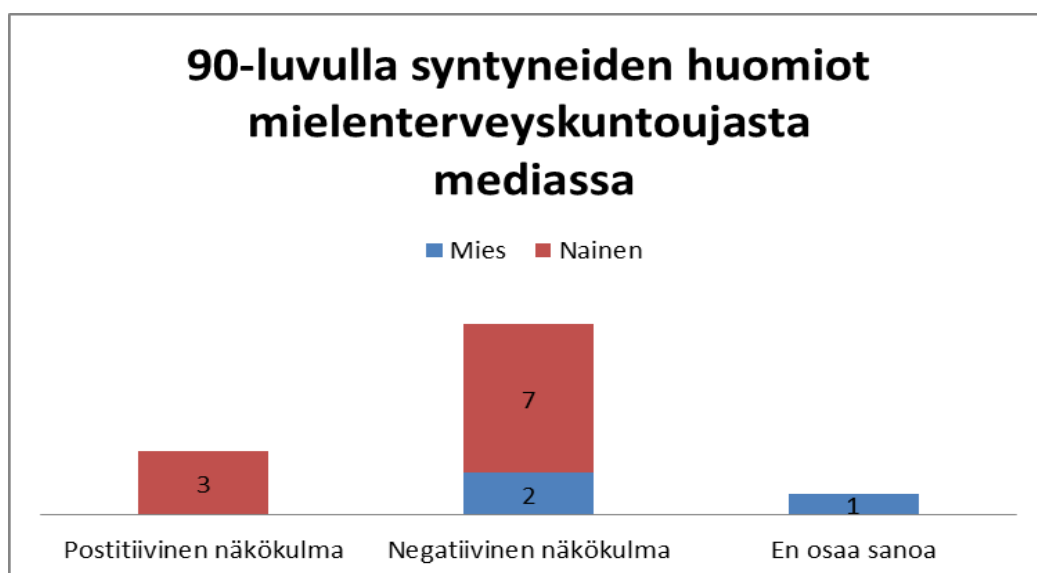
Tyypillisimmät ilmaisut (2) negatiivisista havainnoista mediassa:

”Palveluita liian vähän”

”Yhteiskunta ei tue riittävästi, matalan kynnyksen palveluita ei ole riittävästi”

6.2.4.5 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja mielenterveyskuntoutujista mediassa

Kuviossa 24 kuvataan 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten havaintoja media esiintuomasta kuvasta mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 24. 1990-luvulla syntyneiden havainnot mielenterveyskuntoutujista mediassa.

Tutkimuksessa 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista kolme (3) oli havainnut positiivisia näkökulmia mediassa (naisten). Yhdeksän (9) oli havainnut negatiivisia näkökulmia mediassa (2 miesten ja 7 naisten). Ilmaisuista yksi (1) koki, ettei osaa sanoa (miehen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kolmetoista (13).

Tyypillisin ilmaisu (1) positiivisista havainnoista mediassa:

”Nuorten ongelmat nostettu esiin”

Tyypillisimmät ilmaisut (2) negatiivisista havainnoista mediassa:

”Media mieltää kaikki ääritapauksiksi”

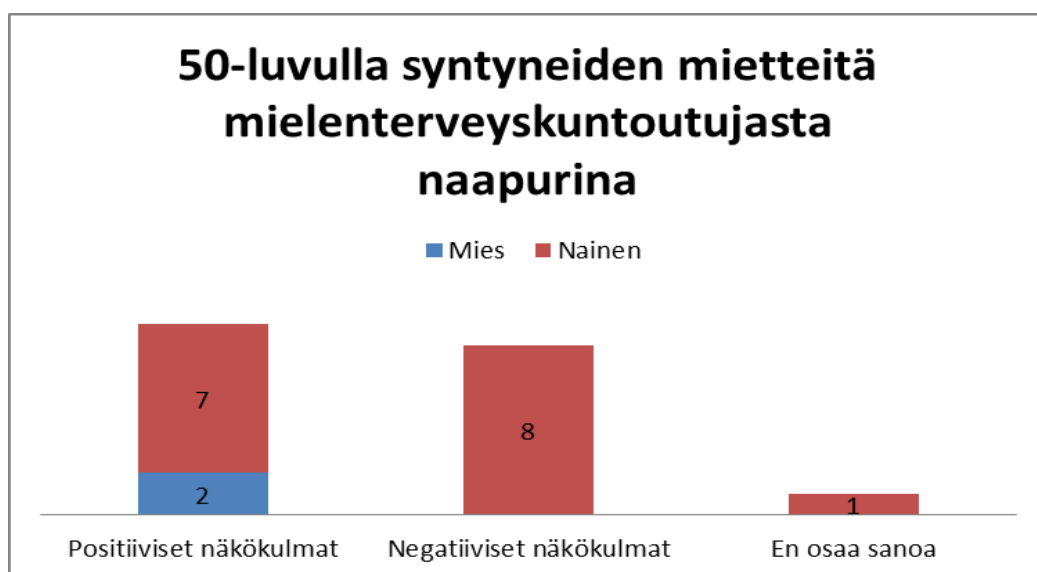
”Lääkärit eivät ota mielenterveyskuntoutujan fyysisiä sairauksia vakavasti”

6.2.5 Arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kokisivatko arki-ihmiset mielenterveyskuntoutujan naapurina hyvänä vai huonona vaihtoehtona. Vaihtoehtona oli vastata myös: en osaa sanoa. Vastaukset jaoteltiin hyväksi, jos ilmaisivat positiivisia näkökulmia. Huonoiksi vastauksiksi jaottelimme ne ilmaisut, jotka ilmaisivat negatiivisia näkökulmia.

6.2.5.1 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina

Kuviossa 25 kuvataan 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuja mielenterveyskuntoutujasta naapurina.



Kuvio 25. 1950-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina.

Tutkimuksessa 1950-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista yhdeksän (9) koki positiivisia näkökulmia mielenterveyskuntoutujasta naapurina (2 miesten ja 7 naisten). Kahdeksan (8) koki negatiivisia mielipiteitä naapurina (naisten). Ilmaisuista yksi (1) ei osannut sanoa (naisen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kahdeksantoista (18).

Tyypillisimmät ilmaisut (2) positiivisista näkökulmista:

”Kyllä saa muuttaa”

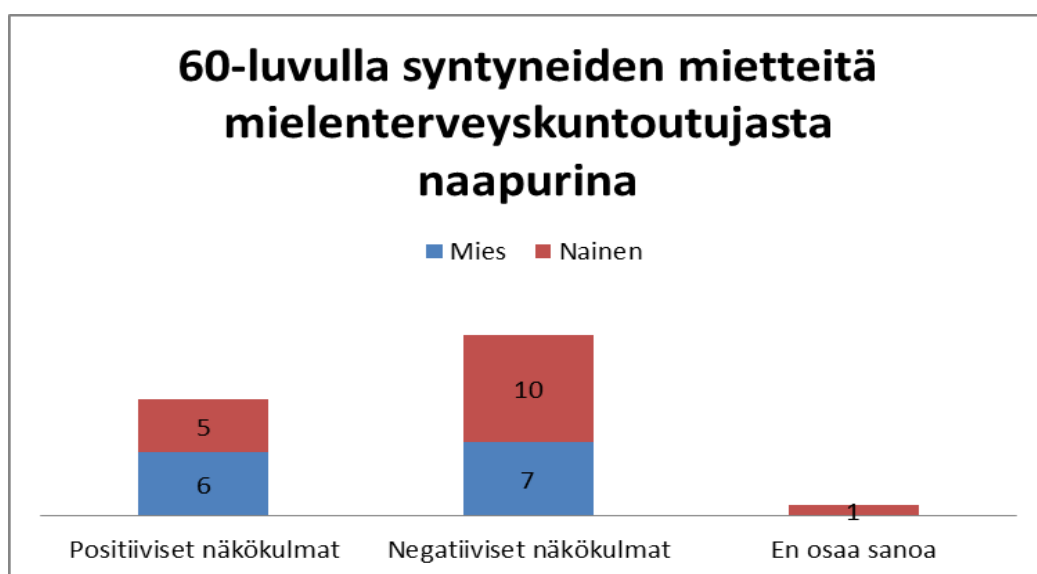
”Sairaus ei näy päällepäin”

Tyypillisin ilmaisu (1) negatiivisesta näkökulmasta:

”Epävarmuutta”

6.2.5.2 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina

Kuviossa 26 kuvataan 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuja mielenterveyskuntoutujasta naapurina.



Kuvio 26. 1960-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina.

Tutkimuksessa 1960-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista yksitoista (11) koki positiivisia näkökulmia mielenterveyskuntoutujasta naapurina (6 miesten ja 5 naisten). Seitsemäntoista (17) koki negatiivisia mielipiteitä naapurina (7 miesten ja 10 naisten). Ilmaisuihin yksi (1) ei osannut sanoa (naisen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäyhdeksän (29).

Tyypillisimmät ilmaisut (2), voisi olla naapuri:

”Avaa lisää näkökulmia”

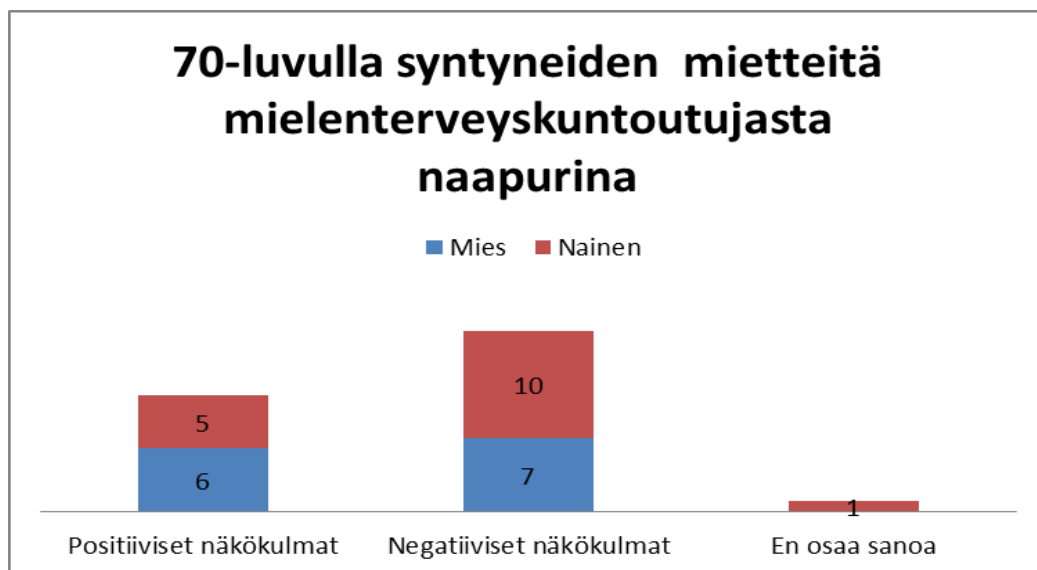
”Saa muuttaa”

Tyypillisin ilmaisu (1), ei toivoisi naapuriksi:

”Ei jos on aggressiivinen”

6.2.5.3 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina

Kuviossa 27 kuvataan 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuja mielenterveyskuntoutujasta naapurina.



Kuvio 27. 1970-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina.

Tutkimuksessa 1970-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista yksitoista (11) koki positiivisia näkökulmia mielenterveyskuntoutujasta naapurina (6 miesten ja 5 naisten). Seitsemäntoista (17) koki negatiivisia mielipiteitä naapurina (7 miesten ja 10 naisten). Ilmaisista yksi (1) ei osannut sanoa (naisen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäyhdeksän (29).

Tyypillisimmät ilmaisut (2) teemaan ”voisi olla naapuri”:

”Naapuri siinä missä muutkin”

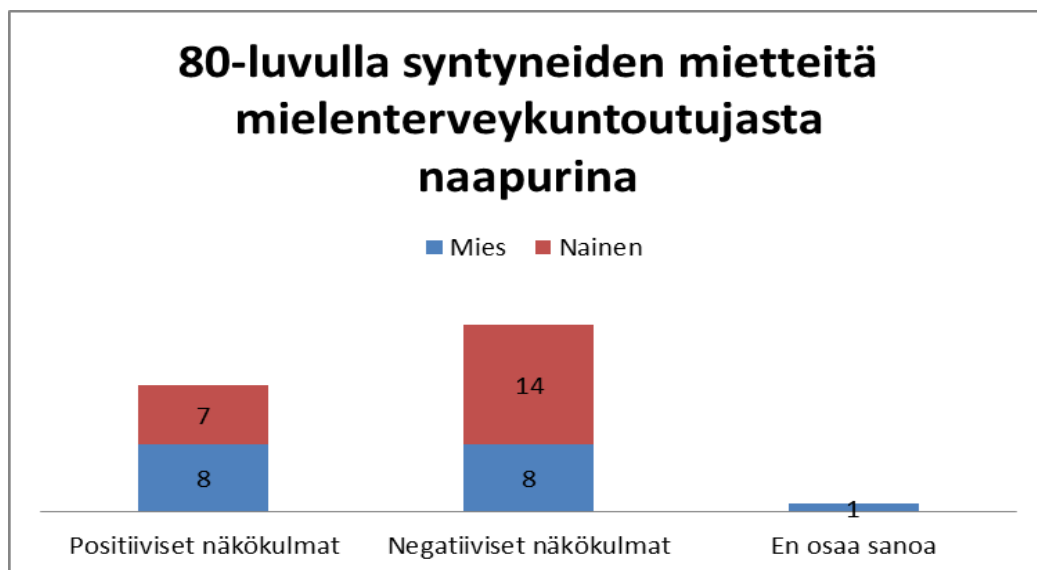
”Saa muuttaa”

Tyypillisin ilmaisu (1) ei toivoisi naapuriksi:

”En halua naapuriksi”

6.2.5.4 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina

Kuviossa 28 kuvataan 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuja mielenterveyskuntoutujasta naapurina.



Kuvio 28. 1980-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina.

Tutkimuksessa 1980-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista viisitoista (15) koki positiivisia näkökulmia mielenterveyskuntoutujasta naapurina (8 miesten ja 7 naisten). Kaksikymmentäkaksi (22) koki negatiivisia mielipiteitä naapurina (8 miesten ja 14 naisten). Ilmaisista yksi (1) ei osannut sanoa (miehen). Ilmaisuja saatiin yhteensä kolmekymmentäkahdeksan (38).

Tyypillisimmät ilmaisut (2), voisi olla naapuri:

”Positiivisia kokemuksia”

”Saa muuttaa”

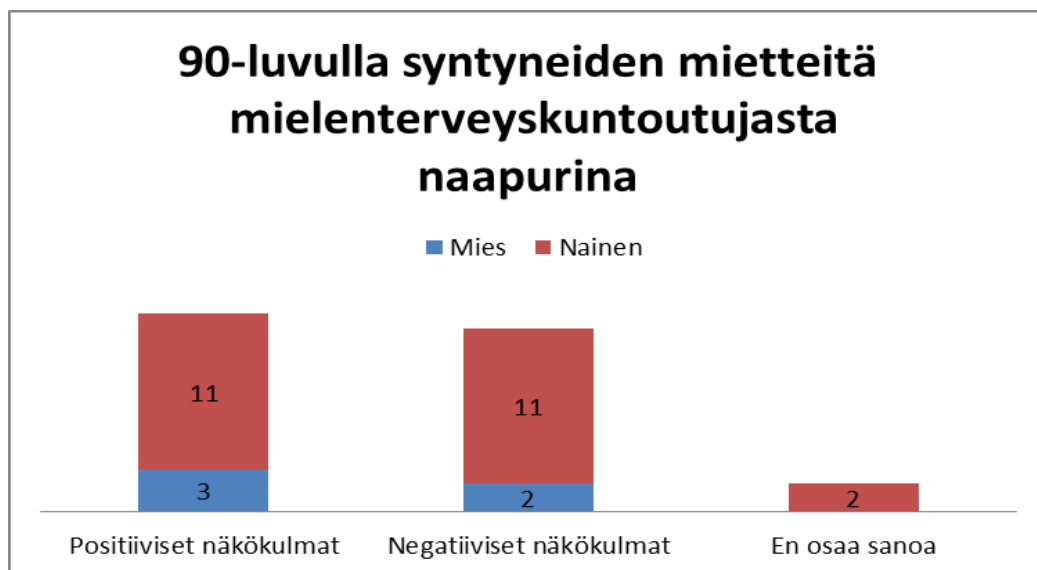
Tyypillisimmät ilmaisut (2), ei toivoisi naapuriksi:

”Epätietoisuus aiheuttaa ongelmia”

”Koen varautuneisuutta”

6.2.5.5 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista mahdollisena naapurina

Kuviossa 29 kuvataan 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuja mielenterveyskuntoutujasta naapurina.



Kuvio 29. 1990-luvulla syntyneiden mielipiteitä mielenterveyskuntoutujasta naapurina.

Tutkimuksessa 1990-luvulla syntyneiden arki-ihmisten ilmaisuista neljätoista (14) koki positiivisia näkökulmia mielenterveyskuntoutujasta naapurina (3 miesten ja 11 naisten). Kolmetoista (13) koki negatiivisia mielipiteitä naapurina (2 miesten ja 11 naisten). Ilmaisuihin kaksi (2) ei osannut sanoa (naisten). Ilmaisuja saatiin yhteensä kaksikymmentäyhdeksän (29).

Tyypillisimmät ilmaisut (2), voisi olla naapuri:

”Ennakkoluulottomuus”

”Oppisin ymmärtämään mielenterveyskuntoutujia”

Tyypillisin ilmaisu (1), ei toivoisi naapuriksi:

”Olisin varauksellinen

Aineistosta voidaan päätellä, että eri sukupolvien väliset ajatukset mielenterveyskuntoutujista on pääsääntöisesti suvaitsevia. Sukupolvien ikäjakaumissa oli yhtäläisyyksiä ja mielenterveyskuntoutuja nähtiin pääsääntöisesti mielen ulkoisista tekijöistä lähtöisin. Arki-ihmisten sukupolvijakauma ei erottunut merkittävästi saaduissa vastaustuloksissa.

Tutkimuksesta saatujen tuloksien perusteella voidaan päätellä, että arki-ihmisten oli vaikea määritellä mikä on mielenterveyskuntoutuja. Arki-ihmisten oli vaikea tunnistaa, onko mielenterveyskuntoutuja psyykkisesti sairas vai siitä kuntoutumassa. Tutkimustulokset osoittivat, että kuntoutuja käsitteenä on hyvin laaja, mikä antaa mahdollisuuden itse määritellä mikä on mielenterveyskuntoutuja.

6.3 Vertaistukiryhmän palaute arki-ihmisten tutkimustuloksista

Tutkimuksen tulokset haluttiin jakaa vertaistukiryhmäläisille ja antaa heille mahdollisuus palautteen antamiselle sekä ajatuksille. Kokoontuminen järjestettiin Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n tiloissa, johon kutsuttiin kaikki vertaistuksessa käyvät omaiset, jotka olivat osallistuneet tutkimukseen.

Tutkimuksesta saadut tulokset vastasivat yleisesti mielenterveyskuntoutujien omaisten odotuksia. Mielenterveyskuntoutujien omaiset olivat yllättyneitä arki-ihmisten suvaitsevaisuudesta ja sukupolvijakauman samankaltaisista tuloksista, jotka olivat ikäjakaumasta riippumatta hyvin samankaltaisia. Tutkimuksesta saadut tulokset, jotka viittasivat vertaistuen merkitykseen, saivat vahvistusta mielenterveyskuntoutujien omaisten palautteessa.

Mielenterveyskuntoutujien omaisten palautteesta nousi esiin, että häpeän tunteen lisäksi omaisen roolissa koetaan usein erilaisia tunteita. Palautteessa nousi esiin lisäksi omaisen kokema vihan tunne. Mielenterveyskuntoutujien omaiset olivat positiivisesti yllättyneitä arki-ihmisten suhtautumisesta mielenterveyskuntoutujiin, koska tutkimuksen mukaan arki-ihmiset eivät koe mielenterveyskuntoutujien olevan pysyvästi sairaita. Yleisesti omaiset ajattelivat, että arki-ihmiset leimaavat mielenterveyskuntoutujat pysyvästi sairaiksi.

Tutkimus sekä omaisilta saatu palaute osoitti, että mielenterveyskuntoutujaa ei osata aina tunnistaa. Tunnistamisen keinoiksi nousivat ulkoiset tekijät. Lisäksi mielipiteet mediasta ja sen vaikutuksista olivat samansuuntaiset. Omaiset kokivat leimaavana, että mielenterveyskuntoutujiin kohdistetaan rikollisuus, päihteet ja väkivalta sekä epäsiisteys.

Omaiset suhtautuivat hieman epäilevästi siihen, että arki-ihmiset suvaitsevat mielenterveyskuntoutujan naapurikseen. Lopuksi he tulivat siihen päätökseen, että yksittäinen naapuri suvaitaan, mutta ei mielenterveyskuntoutujien yksikköä tai yhteisöä. Mielenterveyskuntoutujien omaiset uskoivat tämän johtuvan arki-ihmisten asenteista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Mielenterveyskuntoutujien omaisille suunnatusta tutkimuksesta voidaan tehdä johtopäätös, että vertaistuki on erittäin merkittävä osa arjessa jaksamiselle ja se antaa luottamuksellista tukea ja ennaltaehkäisee yksinäisyyttä ja syrjäytymistä. Vertaistuen merkitys koettiin tärkeäksi voimia antavaksi tekijäksi ja mahdollisuuden jakaa kokemuksia luottamuksellisessa ryhmässä. Tutkimuksesta voidaan päätellä, että vertaistuki lisää tietoa mielenterveydestä ja sen palveluista monipuolisesti, joka helpottaa mielenterveyskuntoutujan omaista jaksamisessaan.

Tutkimuksessa havaittiin, että häpeästä puhuminen on suhteellisen vaikeaa, ja sitä on vaikea tunnistaa muiden tunteiden joukosta. Lähes jokainen tutkimukseen osallistunut mielenterveyskuntoutujan omainen oli kokenut häpeää omaisen roolissa. Tutkimus osoitti, että mielenterveyskuntoutujan omaisen rooli on raskas ja he tarvitsevat tukea. Omaisat ovat valmiita jakamaan kokemuksiaan ja tietoa turvallisessa ympäristössä. Turvalliseksi ympäristöksi koetaan vertaistukiryhmä, jossa jokaisella on samankaltaisia kokemuksia. Omaisten suhde mielenterveyskuntoutujaan herättää monenlaisia tunteita joita on joskus vaikea tunnistaa. Tutkimuksemme aiheena oli häpeä, jota lähes jokainen omaisen oli tuntenut jossain vaiheessa omaisen roolissa. Häpeä on tunne, jota on vaikea tuoda esiin. Häpeästä puhuminen on usein haastavaa ja siksi on tärkeää, että aihetta tuodaan esiin ja saadaan uutta tietoa, joka voi vähentää leimautumista.

Tutkimuksen tärkeiksi teemoiksi nousivat arki-ihmisten mielipiteet mielenterveyskuntoutujista sekä mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemukset häpeästä sekä vertaistuen merkityksestä ja sen antamasta tuesta. Tutkimuksessa nousi esiin mielenterveyskuntoutuja- käsitteen vaikea määrittely. Vaikka tieto erilaisista mielenterveysongelmista on lisääntynyt, on vaikeaa arvioida milloin ihminen on mielenterveyskuntoutuja. Ihmiset määrittelevät usein mielenterveyskuntoutujan ulkoisista tekijöistä.

Tutkimuksellamme halusimme selvittää, miten arki-ihmisten sukupolvi- ja sukupuolijakauma vaikuttavat siihen, mitä ihmiset ajattelevat mielenterveyskuntoutujista. Tutkimuksessa nousi esiin, että naiset antoivat enemmän ilmaisia sukupuolten välillä ja ilmaiset kohdistuivat enemmän ulkoisiin tekijöihin. Tutkimuksetamme voidaan tehdä johtopäätös, että arki-ihmiset määrittelevät mielenterveyskuntoutujan harvemmin mielen sisäisten tekijöiden mukaan. Tutkimuksessa eri sukupolvien vastauksista voidaan tehdä johtopäätös, että arki-ihmiset määrittelevät mielenterveyskuntoutujaksi henkilön, joka on saanut sairaalahoitoa ja on sairaudestaan kuntoutuva, avohoidossa eri mielenterveyspalveluita käyttävä.

Sukupolvijakaumien välisissä vastauksissa ei ilmennyt suuria eroavaisuuksia mielipiteissä mielenterveyskuntoutujiin. Arki-ihmiset eivät näe mielenterveyskuntoutujaa pysyvästi sairaana vaan väliaikaisena vaiheena elämässä. Valtaosalla arki-ihmisistä oli omakohtaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujista. Mielenterveyskuntoutujien tunnistettavuus arki-ihmisten mukaan jakautui siten, että -50, -60 ja -80 luvulla syntyneet ilmaisivat tunnistavansa pääsääntöisesti mielenterveyskuntoutujan ulkoisista tekijöistä, esim. pukeutumisesta. Vastaajista -70 ja -90 luvulla syntyneet ilmaisivat pääsääntöisesti, etteivät tunnista mielenterveyskuntoutujaa. Vähemmistö vastaajista ilmaisi tunnistavansa mielenterveyskuntoutujan sisäisistä tekijöistä. Arki-ihmiset ilmaisivat tunnistavansa mielenterveyskuntoutujan käyttäytymisen ja ulkonäön perusteella. Tunnistaminen on vaikeaa, koska mielenterveyskuntoutuja voi olla kuka tahansa. Tunnistaminen sisäisistä tekijöistä on mahdollista silloin, kun mielenterveyskuntoutuja on erakoitunut ja laiminlyö omia psyykkisiä voimavarojaan.

Tutkimuksesta voidaan tehdä johtopäätös, että arki-ihmisistä -50 ja -60 luvulla syntyneillä oli mielipiteitä eniten mielenterveyskuntoutujista. Enemmistö koki, että mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus kuntoutua. Vastaajista -70, -80 ja -90 luvuilla syntyneiden joukossa oli ilmaisia, joiden mukaan eivät osanneet sanoa mielipidettään mielenterveyskuntoutujista. 1960-luvulla syntyneiden vastaajien ilmaisuista voidaan tehdä johtopäätös, että heillä on ennakkoluuloja eniten mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Tutkimuksessa -60, -70, -80 ja -90-luvulla

syntyneiden naisten ilmaisut osoittavat, että heillä on eniten ennakkoluuloja mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää mitä media on tuonut esiin mielenterveyskuntoutujista. Kaikkien sukupolvien mukaan media on tuonut enimmäkseen negatiivisen näkökulman mielenterveyskuntoutujista. Positiivisista näkökulmista esiin nousi median tuomat yksittäiset ihmisten kertomukset omista mielenterveysongelmien kokemuksista. Saatujen ilmaisujen perusteella median luomat näkökulmat jakautuivat siten, että 22 % oli positiivisia näkökulmia, 39 % oli negatiivisia näkökulmia ja 39 % ilmaisuista oli sellaisia, ettei vastaaja osannut nimetä median luomaa näkökulmaa.

Tutkimuksessa ilmeni, että arki-ihmiset kokevat sekä positiivisia että negatiivisia seikkoja, jos mielenterveyskuntoutuja olisi naapurina. Ilmaisujen perusteella arki-ihmiset antoivat enemmän negatiivisia kuin positiivisia ilmaisuja. Arki-ihmiset kokivat mielenterveyskuntoutujan neutraalina naapurina tasavertaisena muiden kanssa. Negatiivisten ilmaisujen määrä kasvoi erilaisten huolien ja ennakkoluulojen perusteella. Osa arki-ihmisistä yhdisti mielenterveyskuntoutujaan rikollisuuden, väkivallan, päihdeongelmat sekä epäsiisteyden. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että positiiviset ilmaisut perustuivat ihmiseen ainutkertaisena yksilönä ja negatiiviset ilmaisut perustuivat ulkoisiin tekijöihin. Johtopäätöksenä todetaan, että arki-ihmiset ovat pääsääntöisesti suvaitsevia mielenterveyskuntoutujia kohtaan.

Opinnäytetyötä tehdessämme keräsimme aineistoa kahdelta eri kohderyhmältä. Lisäksi omaisten antama palaute on käsitelty yhtenä aineistona. Tutkimalla kahta eri kohderyhmää samanaikaisesti saimme ajankohtaista tietoa joka antoi laajemman käsityksen mielenterveyskuntoutujien omaisten ja arki-ihmisten ajatuksista. Omaisille raportoiduista tutkimustuloksista saatu palaute käsiteltiin omana aineistona.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli ajallisesti pitkä prosessi. Kiinnostuimme aiheesta vuoden 2012 keväällä. Prosessi lähti käyntiin siitä tiedosta, että meillä oli mahdollista tehdä se Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasan seutu ry:lle. Aihe tuntui mielenkiintoiselle, koska sitä ei ollut tutkittu kovin paljon ja olimme tehneet yhteistyötä aikaisemman opintojakson aikana yhdistyksen kanssa. Aihe muotoutui ajan ja työn edetessä. Tutkimukseen haluttiin lisäksi liittää lisätutkimuksena arki-ihmisille suunnattu tutkimus, joka toteutettiin siten, että arki-ihmiset jaoteltiin sukupolvijakauman mukaisesti. Tutkimus aloitettiin hyvissä ajoin, joka mahdollisti lisätutkimuksen mukaan ottamisen ja antoi aikaa panostaa laajempaan tutkimukseen. Tutkimus toteutettiin tekemällä kaksi tutkimusta. Ehdimme ennen tutkimusten aloittamista tehdä runsaasti taustatyötä osallistumalla mm. psykologi Esa Aromaan luennoille liittyen mielenterveyden häiriöihin ja niistä aiheutuvaan häpeään ja leimaavuuteen, 14.9.2012 Vaasa-opiston yleisöluennolla. Olemme tyytyväisiä aineiston keruumenetelmään molemmissa tutkimuksissa.

Koimme, että yksilöhaastattelut mielenterveyskuntoutujien omaisten kanssa olivat tutkimuksen kannalta hyviä, koska ne tehtiin suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa ja samalla huomioitiin eettisyys ja luotettavuus. Sen avulla saimme paljon vastauksia joista tuli ilmi, että mielenterveyskuntoutujien omaiset panostivat jakamalla omia kokemuksiaan. Oli ilo huomata, että aiheen tutkimista pidettiin tärkeänä ja palaute oli kannustavaa myös jatkotutkimuksia huomioiden. Mielenterveyskuntoutujien omaisista välittyi periksiantamattomuus, elämänmyönteisyys sekä taito käsitellä ajatuksia ja tunteita.

Opinnäytetyötä tehdessämme arki-ihmisille suunnattu tutkimus antoi meille yleistä tietoa siitä, mitä mielenterveyskuntoutujista yleisesti ajatellaan eri sukupolvijakaumissa. Saimme paljon tietoa arki-ihmisten asenteista, joiden iloksemme havaitsimme olevan hyvin suvaitsevaisia ja lisäksi opimme, että kokemuksia mielenterveyshäiriöistä tai –kuntoutujista on lähes jokaisella jossain määrin, jossain elämänvaiheessa. Vaikka tutkimuksessa keskityttiin arki-ihmisten yleisiin mielipiteisiin, oli hienoa huomata, että aiheesta oltiin erittäin kiinnostuneita ja tutkimuk-

seen osallistuminen oli mielekästä ja mielenterveyskuntoutujista löydettiin paljon positiivisia näkökulmia.

Tutkimuksen perusteella olemme sitä mieltä, että tieto mielenterveyskuntoutujan omaisen roolista ja siihen liittyvistä seikoista on tärkeää. Mielenterveyskuntoutujien omaiset voivat tarvita vertaistuen lisäksi myös lisätukea yhteiskunnan tukijärjestelmiltä. Myös kansaneläkelaitoksen myöntämät kuntoutujan tuet tulisi myöntää tasa-arvoisesti mielenterveyskuntoutujille. Julkisen sektorin resurssien riittämättömyys tulisi paikata yksityisen sektorin tarjoamilla mielenterveyskuntoutujien palveluilla.

Tutkimus on reliaabeli eli luotettava mikä tekee siitä toistettavan. Jos tutkimus tehtäisiin uudelleen, vastaukset olisivat todennäköisesti samankaltaisia. Voidaan olettaa, että kokemukset mielenterveyskuntoutujien omaisilla on usein hyvin samankaltaiset. Tutkimuksessa otimme huomioon että jokainen mielenterveyskuntoutujan omainen kokee henkilökohtaisesti oman läheisen kuntoutumisen ja sairastumisen. Jokainen sai kertoa sen omalla tavallaan kuntoutujan omaisena, kuinka olivat kokeneet olla vierellä kulkijana ja läheisenä mielenterveyskuntoutujan elämässä. Oli helppoa saada jokaiseen omaiseen luottamuksellinen yhteys jossa he saivat vapaasti ilmaista tunteitaan ja kokemuksiaan. Tärkeänä pidimme että kunnoitimme jokaista omaista yksilönä omineen mielipiteineen sekä että saimme olla jakamassa heidän kokemuksiaan. Näimme myös sen tuen jonka he saivat vertaistuesta ja kuinka he olivat luottavaisia vertaisensa parissa.

Tutkimusongelmat rajasivat tutkimuksen tekemistä. Ne ohjasivat muun muassa teoriaosuuden, tutkimusmenetelmien ja kyselylomakkeiden valintoja. Aineiston kerääminen sekä kyselylomakkeet suunniteltiin huolellisesti. Kyselyiden avulla saatiin vastaus tutkimusongelmien kysymyksiin. Tutkimuksessa tutkittiin mitä oli tarkoituskin, mikä tekee tutkimuksesta validin. Aineistoa saatiin paljon ja se käytiin huolella läpi. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkimuksessa analysoitiin koko tutkimusjoukkoa, niin, että jokaista vastaajaa kuultiin. Arki-ihmisten ja mielenterveyskuntoutujien omaisten vastauksista saatiin kattava kuva siitä mitä he olivat kohdanneet ja kokeneet. Tässä tutkimusprosessissa vaiheet kuvattiin to-

tuudenmukaisesti. Haastetta opinnäytetyön tekemiselle toi aiheen rajaaminen ja sivumäärän ylärajan noudattaminen.

Koemme, että tämä tutkimus antoi paljon yleistä tietoa mielenterveyskuntoutujien omaisille ihmisten suhtautumisesta ja vallitsevista asenteista yhteiskunnassamme. Kokonaisuudessa emme kuitenkaan voi tietää kuinka omaisten ja arki-ihmisten näkemykset ovat verrattavissa. Omainen kokee ja elää lähellä mielenterveyskuntoutujaa arjessa, jakaa monesti eri vaiheet sekä parantumisen että sairastumisen. Onko se verrattavissa arki-ihmisten kokemuksiin, joiden kokemus mahdollisesti rajoittuu vain mielenterveyskuntoutujaan naapurina tai tuttuna.

Mielestämme aihetta voisi jatkossa tutkia mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta. Lisäksi voisi tutkia kokeeko mielenterveyskuntoutuja häpeää ja rajoittaako se elämänhallintaa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös mielenterveyskuntoutujien omaisten jaksamiseen vaikuttavat tekijät ja niiden tukeminen.

Kiinnitimme huomiota erityisesti eettisyyteen tutkimusta tehdessämme. Tutkimukseen osallistuneille kerrottiin haastatteluiden yhteydessä, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Lisäksi vastaajille kerrottiin, että aineistoa käytetään ja säilytetään luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto on tuhottu käytön jälkeen eikä sitä ole luovutettu ulkopuolisille.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1993. Laadullinen tutkimus. Tampere. Vastapaino.

Arhovaara, S. & Rinne, R. 1989. Suomen mielenterveysseura. Omaisen ääni. Omaisnäkökulma hoito- ja auttamistyöhön. (toim.) Heiskanen, T. Pääpaino Oy, Helsinki.

Aromaa, E. 2012. Luento. Irti häpeäleistä!. Vaasa Opisto. 19.9.2012. Vaasa.

Hiitola, J. 2012. Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset menetelmät, verkkoluennot. Viitattu 8.3.2013. <https://optima.cc.jyu.fi/learning/id51/bin/user?rand=52935>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki. Gaudeamus Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. 15. painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holm, J., Huuskonen, P., Jyrkämä, O., Karnell, S., Laimio, A., Lehtinen, I., Myllymaa, T. & Vahtivaara, J-M. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. SOLVER palvelut Oy. Asumispalvelusäätiö ASPA.

Ikonen, P. & Rechardt, E. 2013. Häpeä psyykkisen lamaannuksen aiheuttajana. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.9.13. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00079

Koskisuus, J. 2004. 2. painos. Oman elämänsä puolesta. Helsinki. Edita Prima Oy.

Lahti, P., 1995. Mielenterveyden menu. WSOY. Porvoo.

Lahtinen, M. 1997. Niin & Näin. Pääkirjoitus. Viitattu 11.3.2013. <http://netn.fi/sites/netn.fi/files/netn973-01.pdf>

L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta. Viitattu 16.5.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>.

Malinen, B. 2009. Häpeän monet kasvot. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Malinen, B. 2010 a. Elämää kahlitseva häpeä. Viro. Tallinna Raamatutrukikoda.

Malinen, B. 2010 b. The Nature, Origins, and Consequences of Finnish Shame-Proneness: A Grounded Theory Study. Viitattu 9.5.2013. <http://www.doria.fi/handle/10024/59481>

Metsämuuronen, J. 2006. II Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.), Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy.

Minäkö omaishoitaja?. Ensiopas omaishoidosta. 2010. Viitattu 16.5.2013.
<http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/ENSIOPAS2010.pdf>

Omaiset mielenterveystyön tukena ry. 2011. Viitattu 17.4.2013.
http://www.vaasanomaiset.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=4&Itemid=7

Oartel, A. 2008. Häpeän voi kääntää voimavaraksi. Viitattu 28.4.2013.
http://www.anittaoertel.net/index.php?option=com_content&view=article&id=3:h aepeaen-voi-kaeaentaeae-voimavaraksi&catid=12:report

Palomäki, T. 2005. Elämää vuoristoradalla. Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavia tekijät ja heidän kokemuksiaan vertaistuesta. Viitattu 9.5.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00792.pdf>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Viitattu 27.4.2013.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=29161>

Roos, J.P. 1987. Suomalainen elämä. Hämeenlinna. Karisto.

Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. Hoitaahan ne joka tapauksessa. Pori. Kehitys Oy. Viitattu 7.5.2013. <http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/Selvitys-omaish-kirja.pdf>.

Sand., A-B. 2002. Anhörigvård. Lund. Studentlitteratur.

Schroer William J. Generations X,Y, Z and the Others - Cont'd. Viitattu 7.4.2013.
<http://www.socialmarketing.org/newsletter/features/generation3.htm>

Sosiaaliportti. 2012. Viitattu 18.6.13. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/ajankohtaista/sosiaaliportin-tiedote/ajankohtaista/mielenterveysongelmat-vievat-nuoria-elakkeelle#.UcACR5zX9MJ>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki. Tammi.

Valkonen, S. 2011. Mahdollisuuksia muutokseen. Helsinki. Trio-Offset Oy.

World Health Organization. 2013. Viitattu 28.4.2013.
http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Yle Uutiset. 2012. Suuret ikäluokat, pullamössöt sekä x, y ja z. Viitattu 28.4.2013.
http://yle.fi/uutiset/suuret_ikaluokat_pullamossot_seka_x_y_ja_z/6006879

LIITE 1

6. a) Ympyröi sukupuolesi

1. Nainen

2. Mies

b) Ympyröi mihin sukupolveen kuulut

1. 50-luku

2. 60-luku

3. 70-luku

4. 80-luku

5. 90- 2000 luku

KIITOS VASTAUKSESTA

LIITE 2

HAASTATTELU KYSYMYKSET OMAISILLE

1. Oletko kokenut häpeää mielenterveyskuntoutujan omaisen roolissa?
2. Mikä on vertaistuen merkitys sinulle?



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

OPISKELIJAN TIEDOT:		
Opinnäytetyön tekijä(t): Anna Kivimäki Mikko Kankkianpää	Opiskelijanumero: [REDACTED]	Koulutusohjelma: Sosiaalinen
Osoite: Wolffintie 30	Puhelinnumero: [REDACTED]	Sähköposti: [REDACTED]@puv.fi [REDACTED]@puv.fi
TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATION TIEDOT:		
Organisaation nimi ja tulosyksikkö: Omaiset mielenterveyden tukemaa Vaasassa		
Yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelin: Taru Vuorinen, taru.vuorinen@vaasanomaiset.fi P. 044 - 2000 742		
Mahdollisen työelämäohjaajan nimi, sähköposti, puhelin:		
OPINNÄYTETYÖN TIEDOT:		
Opinnäytetyön nimi: Mielenterveyskuntoutujien omien kokemusten vertaistusta sekä näpeäsiä.		
Opinnäytetyötutkimuksen tarkoitus: Tuottaa lisää tietoa		
Opinnäytetyön ohjaajan nimi, sähköposti, puhelin: Antti Nyman antti.nyman@puv.fi		

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

Opinnäytetyön ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Vaasan ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta sopimuksen mukaan. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana käyttöön saamansa luottamuksellisen aineiston opinnäytetyön valmistuttua tai kun osapuolet yhdessä sopien toteavat, ettei yhteistyöedellytyksiä työn loppuunsaattamiseksi ole.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Wolffintie 30, 65200 VAASA
Puh. 020 766 3300, faksi (06) 326 3002
info@puv.fi, www.puv.fi
Y-tunnus 2267669-3



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Oikeudet tuloksiin

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin ja muuhun aineistoon kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raporttoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettävää tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava siten, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Opinnäytetyön kirjallinen osa voidaan julkaista myös Theseus -tietokannassa Internetissä.

Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja, ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.

Opinnäytetyön kustannukset

Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä keskenään. Pääsääntöisesti Vaasan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

Päiväys: 25.10.2012 Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: *Marja Lehtinen* Ohjaajan allekirjoitus: *Ulla Kinnunen*

Liitteet: Tutkimussuunnitelma liitteineen

Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten

- ☒ Myönnetty anomuksen mukaan
☐ Hylätty
☐ Myönnetään seuraavin korjauksin

- ☒ Kohdeorganisaation nimi SAA esiintyä opinnäytetyössä
☐ Kohdeorganisaation nimi EI SAA esiintyä opinnäytetyössä

Päiväys: 25.10.12
Allekirjoitus: *Teija Vuori*
Nimen selvitys: TEIJA VUORINEN

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Wolffintie 30, 65200 VAASA
Puh. 020 766 3300, faksi (06) 326 3002
info@puv.fi, www.puv.fi
Y-tunnus 2267669-3